

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis”

Informe Final Del Trabajo De Titulación De Psicóloga Clínica

Autora: Andrea Soledad Ávila Romero

Tutor: Dr. Nelson Oswaldo Montenegro Jiménez. Msc.

Promoción 2012-2013

Quito 2014

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por haberme dado las fuerzas suficientes para luchar y lograr una meta más en mi vida, en segundo lugar a mi familia por apoyarme en todo, al Proyecto Especial Adole – Isis por abrirme las puertas y compartir muchas de las vivencias juntos, y a mi Director de tesis quién me ayudó en todo momento, Msc. Dr. Oswaldo Montenegro y a mis amigas Erika y Jessica que nunca dejaron de alentarme para no desfallecer.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios porque ha estado junto a mí en cada paso que he dado, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi total apoyo, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi capacidad, a mí hermana Gabriela que supo compartir las palabras adecuadas en los momentos más difíciles de mi vida, a mi abuelita Concepción y mi hermanita Mikaela que con su ternura y dulzura jamás me dejaron desfallecer. Los amo a todos y a todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron para la culminación del presente trabajo.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 28 de abril de 2014

Yo, Andrea Soledad Ávila Romero, autora de la investigación, con cedula de ciudadanía N° 1721672002 libre y voluntariamente DECLARO, que el presente trabajo de Titulación: “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis” es original y de mi autoría; de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,



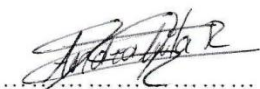
Andrea Soledad Ávila Romero

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Andrea Soledad Ávila Romero en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis”, por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 28 de abril de 2014



Andrea Soledad Ávila Romero

1721672002

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de investigación sobre Psicología Clínica, específicamente Trastornos Afectivos. El objetivo fundamental es identificar niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas. La finalidad es probar que la ansiedad se presenta siempre en el primer trimestre de embarazo, los síntomas cognitivos prevalecen sobre los síntomas afectivos y las fluctuaciones del estado de ánimo son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes. Se explica bajo fundamentación cognitivo conductual y aportes del DSM IV, tratada en dos capítulos. Estudio no experimental de tipo Correlacional con una muestra de 52 adolescentes, con apoyo de entrevista, encuesta y método estadístico. Concluyéndose que la depresión constituye el síntoma predominante en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar durante el embarazo. Recomendándose desarrollar y aplicar una metodología adecuada para disminuir el porcentaje de embarazos en tan temprana edad, y que además se contemple asesoría a padres de toda índole social, a través de organismos gubernamentales conjuntamente con fundaciones especializadas en estos temas

Categorías Temáticas

Primaria: Psicología Clínica

Secundaria: Trastornos Afectivos

Descriptores:

Ansiedad

Depresión

Embarazo

Adolescencia

Descriptores Geográficos

SIERRA: PICHINCHA - QUITO

SUMMARY OVERVIEW

Research work on Clinical Psychology, specifically Affective Disorders . The main objective is to identify levels of anxiety and depression in pregnant adolescents. The purpose is to prove that anxiety is always in the first trimester of pregnancy , cognitive symptoms prevail on affective symptoms and mood fluctuations are a consequence of family and social neglect in adolescents. Explained under cognitive behavioral foundation and contributions of DSM IV, studied in two chapters. Co-relational, non-experimental study with a sample rate of 52 teenagers, supported by interview, survey and statistical method. Concluding that depression is the predominant symptom in adolescents who do not have family support during pregnancy. It is recommended to develop and apply an appropriate methodology to decrease the percentage of pregnancies in young age, and also to be considered in counseling parents of all social ethnies, through government agencies together with specialized foundations in these areas

Thematic categories

Primary: Clinic Psychology

Secondary: Affective disorders

Descriptors:

Anxiety

Depression

Pregnancy

Adolescence

Geographical Descriptors:

SIERRA: PICHINCHA - QUITO

Hereby I certify that I have translated totally and fully the above Summary Overview of Thesis titled "Anxiety and Depression Prevalence in pregnant teenagers from 12 to 18 years who are at risk and without family support of the Project Adole-Isis", written by Ms. Andrea Soledad Avila Romero, I.D. 1721672002, student at Science Psychology Faculty, Central University of Ecuador. To validate this process, please find attached a copy of my identification card.

Yours very truly,


Maria Cecilia Burgos M.
I.D. 1710347095
Translator

TABLA DE CONTENIDOS

A. PRELIMINARES

AGRADECIMIENTO.....	II
DEDICATORIA	III
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	IV
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIA INTELECTUAL.....	V
RESUMEN DOCUMENTAL.....	VI
SUMMARY OVERVIEW	VII
TABLA DE CONTENIDOS.....	VIII
TABLA DE CUADROS	XI
TABLA DE GRÁFICOS	XII

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
PREGUNTAS	3
OBJETIVOS	3
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	4
MARCO TEÓRICO	6
TITULO 1	6
1. Ansiedad.....	6
1.1. Definición	6
1.2. Clasificación del Trastorno de Ansiedad (DSM- IV)	7
1.2.1. Crisis de Angustia (Panic Attack).....	7
1.2.2. Trastorno de Angustia sin Agorafobia	8
1.2.3. Fobia específica.....	8
1.2.4. Fobia Social.....	9
1.2.5. Trastorno por estrés agudo	11
1.2.6. Trastorno de ansiedad generalizada	12
1.2.7. Trastorno de ansiedad no especificado.....	13
1.3. Epidemiología	14

1.4.	Niveles de Ansiedad.....	15
1.5.	Diferencia entre Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica.....	15
1.6	ETIOLOGÍA	16
TITULO 2		18
2.	Depresión	18
2.1.	Definición	18
2.2	Aspectos clínicos de la depresión	19
2.2.1	Cambios en el Estado de Ánimo.....	20
2.2.2	Cambios Intelectuales	20
2.2.3	Cambios en el Comportamiento.....	21
2.2.4	Cambios Somáticos	21
2.2.5	Biología de la Depresión	22
2.2.6	Factores Genéticos.....	23
2.2.7	Factores Hormonales	23
2.2.8	Neurotransmisores	24
2.3	Tipos de Depresión en el embarazo	25
2.3.1	Trastorno depresivo Mayor, episodio único (F32) o Recidivante (F33)	25
2.3.2	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo Depresivo)(F43.20 y F43.22)	26
2.3.3	Trastorno depresivo no especificado (F32.9)	27
2.4	Depresión en el Embarazo	27
2.4.1	Respuestas emocionales al embarazo	28
2.4.2	Reacciones emocionales frecuentes en el embarazo	28
2.5	Epidemiología de adolescentes embarazadas.....	29
2.6	Farmacología en el embarazo.....	30
TITULO III.....		31
3.	ADOLESCENCIA.....	31
3.1	Definición	31
3.2	Adolescencia Temprana (10-13 años).....	31
3.3	Adolescencia Media (14-17 años)	32
3.4	Adolescencia Tardía (mayores de 18 años).....	32
3.5	Cambios Físicos	33

3.6	Características Sexuales Secundarias.....	35
3.6.1	Menarquia.....	36
3.6.2	Etapas de la pubertad	36
3.6.3	Características propias de la adolescencia	37
3.7	Desarrollo Integral del Adolescente.....	38
3.7.1	Desarrollo Afectivo.....	38
3.7.2	Desarrollo Social.....	39
3.8	Sexualidad En El Adolescente	40
3.9	Embarazo en la adolescencia.....	42
3.9.1	Impactos de la Maternidad Adolescente	42
3.9.2	Embarazos precoces	43
3.9.3	Partos conflictivos	44
	MARCO METODOLÓGICO	45
	HIPÓTESIS	45
	Definición Conceptual.....	45
	Definición Operacional	46
	Tipo de Investigación	49
	Diseño de Investigación	49
	Población y Muestra.....	50
	Características de la población o muestra	50
	Diseño de la Muestra.....	50
	Tamaño De La Muestra.....	50
	Técnicas e Instrumentos	51
	Técnicas.....	51
	Instrumentos.....	51
	Análisis de Validez y Confiabilidad de los Instrumentos	51
	Escala De Ansiedad De Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS).....	51
	Cuestionario Para la Depresión	53
	Cuestionario De Entrevista.....	54
	RESULTADOS	55
	Presentación (gráficos y tablas).....	55
	Análisis Y Discusión De Resultados.....	107

CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	109
C. Referencias Bibliográficas.....	110
Tangibles	110
Virtuales	111
Anexos.....	112
Anexo 1 Plan de Investigación.....	112
Anexo 2 Glosario Técnico.....	127
Anexo 3 Test de Hamilton	133
Anexo 4 Cuestionario Depresión	135
Anexo 5 Entrevista.....	136

TABLA DE CUADROS

Tabla 1. Cambios Físicos	33
Tabla 2. Características Sexuales	35
Tabla 3. Edades	55
Tabla 4. Nivel Educativo.....	56
Tabla 5. Tipo de Familia	57
Tabla 6. Condición Social	58
Tabla 7. Estado de Ánimo Ansioso.....	59
Tabla 8. Tensión.....	61
Tabla 9. Temores.....	62
Tabla 10. Insomnio.....	63
Tabla 11. Intelectual Cognitivo	64
Tabla 12. Estado de Ánimo Deprimido.....	65
Tabla 13. Síntomas Somáticos Generales Musculares	66
Tabla 14. Síntomas Somáticos Generales Sensoriales	67
Tabla 15. Síntomas Cardiovasculares	68
Tabla 16. Síntomas Respiratorios.....	70
Tabla 17. Síntomas Gastrointestinales	71
Tabla 18. Síntomas Genitourinarios.....	72
Tabla 19. Síntomas Autónomos	73
Tabla 20. Comportamiento durante la Entrevista.....	74
Tabla 21. Irritable o Preocupada	76
Tabla 22. Temblores Labilidad Movimientos repetitivos	77

Tabla 23. Miedo a la Multitud/Trafico/Oscuridad	78
Tabla 24. Insomnio/Cansancio/Falta de Sueño	79
Tabla 25. Cambios de Humor durante el Día.....	80
Tabla 26. Dolor y Molestia Muscular	81
Tabla 27. Visión Borrosa/Escalofríos/Debilidad	82
Tabla 28. Palpitación/Dolor de Pecho/Desmayo.....	83
Tabla 29. Sensación de ahogo/falta de aire/suspiros.....	84
Tabla 30. Dolor al comer/dificultad al tragar/estreñimiento	85
Tabla 31. Boca Seca/Palidez/Sudor	86
Tabla 32. No Estar Quieto/ Comer en Exceso.....	87
Tabla 33. Sentimiento de Soledad.....	88
Tabla 34. Hablas Mucho Más De Lo Normal	90
Tabla 35. Falta De Vitalidad	91
Tabla 36. Autoestima	92
Tabla 37. Muy Pocas Ganas De Socializar	94
Tabla 38. Muy Observada	95
Tabla 39. Necesidad de Apoyo	96
Tabla 40. Felicidad y Optimismo.....	97
Tabla 41. Amigos Que Te Hacen Daño	99
Tabla 42. Exceso de Ira.....	100
Tabla 43. Futuro.....	101
Tabla 44. Cálculo de primera hipótesis.....	102
Tabla 45. Frecuencias segunda Hipótesis	104
Tabla 46. Cálculo de tercera Hipótesis.....	105

TABLA DE GRÁFICOS

Ilustración 1. Edades	56
Ilustración 2. Nivel Educativo.....	57
Ilustración 3. Tipo de Familia	58
Ilustración 4. Condición Social	59
Ilustración 5. Estado de Ánimo Ansioso.....	60
Ilustración 6. Tensión.....	61
Ilustración 7. Temores.....	62
Ilustración 8. Insomnio.....	63
Ilustración 9. Intelectual (Cognitivo)	64
Ilustración 10. Estado de Ánimo Deprimido.....	65
Ilustración 11. Síntomas Somáticos Generales Musculares	66

Ilustración 12. Síntomas Somáticos Generales Sensoriales	68
Ilustración 13. Síntomas Cardiovasculares	69
Ilustración 14. Síntomas Respiratorios.....	70
Ilustración 15. Síntomas Gastrointestinales	71
Ilustración 16. Síntomas Genitourinarios	72
Ilustración 17. Síntomas Autónomos	74
Ilustración 18.Comportamiento Durante la Entrevista.....	75
Ilustración 19. Irritable o Preocupada	76
Ilustración 20. Temblores Labilidad Movimientos repetitivos	77
Ilustración 21. Miedo a la Multitud/Tráfico/Oscuridad	78
Ilustración 22. Insomnio/Cansancio/Falta de Sueño	79
Ilustración 23. Cambios de Humor durante el Día.....	80
Ilustración 24. Dolor y Molestia Muscular	81
Ilustración 25. Visión Borrosa/Escalofríos/Debilidad.....	82
Ilustración 26.Palpitación/Dolor de Pecho/Desmayo.....	83
Ilustración 27. Sensación de ahogo/falta de aire/suspiros	84
Ilustración 28. Dolor al comer/dificultad al tragar/estreñimiento	85
Ilustración 29. Boca Seca/Palidez/Sudor.....	86
Ilustración 30. No Estar Quieto/ Comer en Exceso.....	87
Ilustración 31. Sentimiento de Soledad.....	89
Ilustración 32. Hablas Mucho Más De Lo Normal	90
Ilustración 33. Falta De Vitalidad	91
Ilustración 34. Autoestima	93
Ilustración 35. Muy Pocas Ganas De Socializar	94
Ilustración 36. Sentimientos de Persecución.....	95
Ilustración 37. Necesidad de Apoyo	97
Ilustración 38. Felicidad y Optimismo	98
Ilustración 39.Extraña a sus Amigos Que le Hacen Daño	99
Ilustración 40. Exceso de Ira	100
Ilustración 41. Futuro	101
Ilustración 42. Decisión Primera Hipótesis.....	103
Ilustración 43. Decisión Segunda Hipótesis.....	105
Ilustración 44. Decisión Tercera Hipótesis	106

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

INTRODUCCIÓN

El tema escogido ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas en edades comprendidas de 12 a 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole-Isis. El tema de investigación para el presente trabajo, el mismo que se circunscribió en el sector de Cotacollao, el periodo de estudio se extenderá desde el 1 de febrero hasta diciembre del 2013.

El problema revistió mucha importancia en el orden demográfico y económico. En efecto, constatar las condiciones emocionales que muchas adolescentes deben enfrentar y lograr concienciar a los padres de familia, maestros y adolescentes en general del grave problema de salud pública que en este momento representa el embarazo no planificado en la adolescencia.

Muchas de las implicaciones en el embarazo y la maternidad adolescente son múltiples y en muchas circunstancias devastadores, perjudicando no sólo la salud de la madre y la del bebé, incluyendo las consecuencias de aborto sino también problemas en su proyecto de vida en la manera en cómo va a luchar por su hijo y por ella. En el “Ecuador 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin acceso a la educación son madres o están embarazadas por primera vez, las proporciones de maternidad adolescente son hasta 4 veces más altas de las que no tienen educación (43%) comparadas con las de los niveles más altos (11% secundaria completa)” PNPEAE 2007

En el Ecuador la salud sexual y reproductiva durante esta etapa crítica (adolescencia) y la manera en la que se socializa es muy diferente a la que se vive. Resulta ser muy importante para su vida y siendo la etapa en la que se definen algunos de los valores y hábitos de riesgo que impone la sociedad. La sobresaturación de información correcta y errónea de métodos anticonceptivos confunden a los adolescentes por varios de los mitos que se han instaurado acerca de varios de éstos, el mal uso del internet apoya el aumento de los embarazos no planificados, en la actualidad la educación en el Ecuador no se restringe para las adolescentes embarazadas, sin embargo, el 58.7% estaba estudiando cuando se enteró del embarazo, y, sólo 16.5 % volvió a estudiar siendo el 41.3% el porcentaje que no volvió hacerlo.

La situación de la adolescencia y especialmente de las adolescentes embarazadas es aún más compleja si se toma en cuenta la existencia de innumerables barreras de acceso geográfico, económicas, culturales y de género que impiden la intervención oportuna en la salud integral de las/los adolescentes.

El objetivo general de este trabajo será identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole Isis. Los objetivos específicos que se han planteado son los siguientes:

- ✓ Establecer los niveles de ansiedad que se presentan en el primer trimestre de embarazo.
- ✓ Conocer los síntomas más sobresalientes de la depresión en las adolescentes del Proyecto Especial Adole – Isis.
- ✓ Determinar cómo afecta emocionalmente el abandono social y familiar a las adolescentes embarazadas.

Para la ejecución de la investigación además del método científico se utilizaron los métodos generales inductivo y analítico, mientras que como métodos particulares se recurrió al método descriptivo. Las técnicas de recolección de información que se usaron fueron la observación, encuesta y entrevista.

El presente estudio abordó en el primer capítulo aspectos relacionados con la ansiedad en el embarazo. En el segundo capítulo se analizó la depresión en adolescentes embarazadas, concluyendo en el tercer capítulo el enfoque exclusivo a todo el periodo de la adolescencia. En la parte final se exponen las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Se aspira que la investigación presente sea de utilidad para toda persona que lea, especialmente, para los estudiantes de nuestra querida patria Ecuatoriana. Como toda obra humana, lógicamente ésta investigación tendrá errores que el lector con su buen criterio sabrá dispensar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole - Isis?

PREGUNTAS

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad que se presenta en el primer trimestre de embarazo?
- ¿Cuáles son los síntomas más sobresalientes de la depresión en las adolescentes del Proyecto Especial Adole - Isis?
- ¿Cómo afecta emocionalmente el abandono social y familiar a las adolescentes embarazadas?

OBJETIVOS

- General:

Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis

- Específicos:

- ✓ Establecer los niveles de ansiedad que se presentan en el primer trimestre de embarazo.
- ✓ Conocer los síntomas más sobresalientes de la depresión en las adolescentes del Proyecto Especial Adole – Isis
- ✓ Determinar cómo afecta emocionalmente el abandono social y familiar a las adolescentes embarazadas

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El estudio de este problema de investigación es importante en el país, ya que más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos divulgados por el Gobierno que ha lanzado una campaña para reducir esa cifra en una cuarta parte en dos años.

En el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños. (Diario el Universo febrero del 2012)

“El Ecuador es el segundo país a nivel de mundial en el embarazo de adolescentes, el tema se centrará en la reducción de niveles de ansiedad y depresión para mejorar el estilo de vida de las futuras madres y procurar que los niños/as nazcan sin enfermedades que puedan condicionar su desarrollo o retrasar su crecimiento” (Diario el Universo 2010).

El apoyo social es fundamental en el embarazo, las emociones son un elemento esencial. Una depresión hasta distimia puede afectar la salud del feto. Si existe un abandono por parte de los padres pueden elevarse los niveles de suicidios en el mundo

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese papel, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

“Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron”. (Diario el Universo 2010).

También en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico” (Diario el Universo 2010).

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses: con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEAE) ubica al Ecuador como el país andino con mayor fecundidad adolescente (oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres).

El Proyecto Especial Adole – Isis trabaja desde espacios no curriculares, donde participen activamente de la información, educación y capacitación para que reflexionen y analicen en la toma de decisiones al iniciar una vida sexual activa y asuman la responsabilidad de su sexualidad.

Algunas de las causas del problema a investigar son el inicio de la sexualidad a temprana edad, exceso de información sobre métodos anticonceptivos sin saber cómo encontrarlos sin ser juzgados, inseguridad, baja autoestima, falta de comunicación con sus padres o provenir de hogares disfuncionales y estar bajo los efectos de alcohol o drogas, siendo las consecuencias las siguientes: deserción escolar, nacimientos de niños prematuros, malformaciones congénitas, rechazo de familia y amigos además de riesgos de suicidio tensiones e incertidumbre por presión social.

MARCO TEÓRICO

TITULO 1

1. Ansiedad

1.1. Definición

Aarón Beck propone que en los trastornos emocionales como la Ansiedad se da una distorsión en el procesamiento de la información, en esta patología la percepción del peligro y la valoración de las habilidades del individuo para enfrentárselo aparecen sesgadas, hay una sobreestimación del grado de peligro y una desvalorización de las capacidades de enfrentamiento. Ese procesamiento cognitivo errado lleva a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos propios de este trastorno.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. No es una emoción negativa en sí misma. Hay una ansiedad sana que nos permite preservar la vida y protege la obtención de nuestros deseos. Es una emoción que nos pone alerta, genera que estemos más atentos a las posibles complicaciones (Albert Ellis, 1994)

Mirando a la ansiedad como una situación desagradable y molesta que se manifiesta externamente mediante diversos síntomas y signos que pueden ir de una respuesta normal hasta llegar a un punto de exageración, diferentes son los criterios a los que nos acogemos frente a una situación de pánico o nerviosismo extremo. La cultura, la manera de vida y crianza son factores influyentes frente a una respuesta de pánico.

Barlow (2002), el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p. 104). La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés fluctuantes de la vida cotidiana.

Aunque naturalmente se habla de ansiedad y de angustia como términos equivalentes, realmente no son lo mismo, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones corporales que acompañan a la ansiedad.

1.2. Clasificación del Trastorno de Ansiedad (DSM- IV)

Varios de los trastornos de ansiedad han sido descartados por no presentarse en adolescentes embarazadas

1.2.1. Crisis de Angustia (Panic Attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o a volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

1.2.2. Trastorno de Angustia sin Agorafobia

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
 - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej. al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos)

1.2.3. Fobia específica

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej. volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo: un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

1.2.4. Fobia Social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los

niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej. el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

1.2.5. Trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido).
3. Desrealización.
4. Despersonalización.
5. Amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo: obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

1.2.6. Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fatigabilidad fácil.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo: la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (DSM –IV p. 533).

1.2.7. Trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo; son Ejemplos los siguientes:

- a) Trastorno Mixto Ansioso- depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.
- b) Síntomas de Fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o trastorno mental.
- c) Situaciones en las que la alteración es lo suficientemente grave como para requerir un diagnóstico de trastorno de ansiedad, aunque el individuo no presente el

suficiente número de síntomas para cumplir todos los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

- d) Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario debido a enfermedad médica o inducido por sustancias (DSM –IV p. 543).

1.3. Epidemiología

Datos epidemiológicos de los trastornos de Ansiedad en:

España en 1995 demuestra que hay una prevalencia de 13.8%;

- Ansiedad Generalizada: 7.3%
- Ataques de Pánico: 1,0%
- Agorafobia con Pánico: 2%
- Agorafobia sin Pánico 0,5%
- Fobias: 1,1%
- TOC: 3,0%

OMS

- Ansiedad Generalizada: 7,9%
- Ataques de Pánico: 1.1%
- Agorafobia con Pánico: 1%
- Agorafobia sin Pánico: 0,5%

Estados Unidos

- En el último año el 17;2% (algún Trastorno)
- Fobia Simple: 8,8%
- Fobia Social: 7,9%
- Ansiedad generalizada: 3,1%
- Agorafobia sin Pánico: 2.8%
- Ataques de Pánico: 2,3%
- Comorbilidad: 56%

1.4. Niveles de Ansiedad

No se pueden definir los niveles de una persona que presenta ansiedad ya que hasta la actualidad solo se la puede medir a través de diferentes reactivos psicológicos sacando rasgos, convirtiendo la ansiedad en algo subjetivo, entre los diferentes signos y síntomas presentes en la ansiedad se podrían reconocer los siguientes estados:

- Mecanismo de defensa: se los puede incluir como un nivel de ansiedad, ya que en distintas situaciones el ser humano, por lo general, cuando se ve atacado va a reaccionar de manera tal a la que él/ella se sienta seguro/a.
- Pensamientos recurrentes (miedo focalizado): el miedo o temor ya se encuentra fijo en la situación estresante y cada vez que tenga que pasar por aquella situación el cerebro va a empezar a generar ideas sobre cómo poder evitar aquella situación, ya que si esta no existiera no se generaría la ansiedad.
- Estado de alerta: se relaciona con el nivel anterior, ya que una vez presente la situación estresante o el temor se va a generar una serie de actitudes y respuestas conscientes e inconscientes del cuerpo para protegerse de dicha situación, y evitar de tal manera aquella situación.
- Ansiedad normal (propiamente dicha). En esta etapa la situación ya se presentó y el ser humano pasó rápidamente por los niveles anteriores en cuestiones de segundos y el cuerpo reaccionó normalmente a dicha situación.
- Ansiedad Patológica: En esta etapa se puede ver que cualquier situación sea estresante o no provoca las mismas respuestas tanto orgánicas como físicas.

1.5. Diferencia entre Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

Se puede ver que en la ansiedad Normal las respuestas del cuerpo se deben a la situación estresante en las que se puede ver que por la respiración agitada y entrecortada tiende a bloquear los canales de oxigenación para el cerebro, y los pensamientos frecuentemente se tornan negativos y según la manera de resolver conflictos y relajación de las personas. En la ansiedad patológica, en cualquier situación, el proceso antes mencionado tiende a alargarse y no existe una respuesta tanto física como biológica y debido a eso los síntomas tienen una mayor duración.

1.6 ETIOLOGÍA

G. Fong E. Garralda Hualde establece que los factores causales de esta patología son los siguientes:

- **Factores Intrínsecos.-** Tiene que ver con el temperamento y factores genéticos. Estos problemas a menudo están relacionados con rasgos temperamentales tempranos de pasividad y timidez en la edad preescolar. Los factores genéticos también desempeñan un papel en la presentación de este trastorno, ya que suelen mostrar un carácter familiar, los hijos con padres que sufren de ansiedad tienden a padecer de la misma patología.
- **Interacciones Padres-Hijo.-** Se refiere al estilo de crianza. La ansiedad en los padres y los procesos familiares. Se ha observado que los padres de hijos con ansiedad muestran una actitud en exceso de control y rechazo extremo en la crianza de los jóvenes, con una elevada expresión emocional en todo lo que se refiere a sus hijos. Los padres ansiosos con un estilo de crianza donde se sienten amenazados pueden potenciar la percepción de peligro en sus hijos dificultando en estos el desarrollo de habilidades de afrontamiento.
- **Acontecimientos Vitales Gravemente Amenazantes y Situaciones de Pérdida y Adversidad Social.-** Estos sucesos están relacionados con las amenazas o pérdidas como el fallecimiento de un familiar o la desintegración de la familia. Por otro lado, los jóvenes que pertenecen a familias en que los padres se enfrentan a factores estresantes como el hacinamiento, pobreza y desavenencias conyugales tienen mayor probabilidad de sufrir inseguridad y de sentir ansiedad y temor.

Los factores causales que plantea el Doctor Oswaldo Bolagay en su libro son los siguientes:

- **Madres Ansiosas.-** Mujeres desesperadas, preocupadas, anteriormente diagnosticadas con trastornos ansiosos que influyen en los niños que observan y captan por conducta imitativa negativa.
- **Hostilidad.-** Agresiones físicas por parte de padres alcohólicos violentos que pelean con su cónyuge y es observado continuamente por los pacientes.

- **Niños Presionados – Sobreprotegidos.-** Presionados por los padres quienes exigen que sean los mejores en todo, calificaciones, deportes, aseo, puntualidad, orden, etc. Los niños sobreprotegidos no pueden separarse e independizarse de los padres.
- **Hijo Mayor o Único.-** Al hijo mayor se le encargan responsabilidades no acordes con la edad cronológica y maduración, mientras que el hijo único deberá no fallar, cuidarse o quedará flanqueado por los padres mismos que le proporcionarán todo lo que necesite.
- **Angustia por Separación.-** En edades menores presentó este trastorno que no fue considerado ni tratado, puede complicarse y desencadenar este trastorno más complicado (ROMERO, Z 2011, pág. 54)

TITULO 2

2. Depresión

2.1. Definición

Es un trastorno del humor, la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas (CIE 10).

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de auto valía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003).

Al estudiar la depresión en adolescentes, se observa que ésta se encuentra estrechamente relacionada con la ansiedad ya que ambas se presentan conjuntamente en todos los casos. Como resultado de lo anterior, el exceso de incompreensión de la ansiedad corresponde a un excesivo entendimiento de la depresión (Garza, 2007).

La depresión no puede afectar solo el estado de ánimo; puede llegar a desorganizar los patrones de sueño, comida y disminuir su impulso sexual. Filtra lo que piensa usted de las cosas y hace que los pensamientos sean más negativos y pesimistas, afecta el concepto que usted tiene de sí mismo, disminuyendo el autoestima; impactando sobre la forma en que actúa y lo hace a menudo más irritable y ambivalente lo que se ha encontrado que muchos paciente con depresión, presentan niveles anormalmente bajos de ciertas sustancias químicas del cerebro y una actividad más lenta en áreas del cerebro.

Muchas de las investigaciones que se han hecho en el Ecuador y alrededor del mundo sobre la adolescencia en especial sobre el embarazo no planificado en adolescentes llegan a la conclusión de que por ser una época en la que la afectividad depende de la opinión de sus pares o de personas que se encuentren a su alrededor y más aun de la imagen que presenta la misma sociedad de una vida perfecta que se consigue a través de la belleza y de prototipos de figura que posiblemente nunca llegaran a alcanzar, por estos motivos el estado de ánimo decaído va hacerse muy presente en varios de los años que llega a durar esta etapa.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas por ejemplo: la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, bajo tono de voz, tristeza o poca expresividad en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, quejas somáticas e hipocondríacas, ideas difusas y difíciles de encuadrar. (Alberdi, S. Taboada, Oscar, y otros)

La enfermedad depresiva en su forma más frecuente, se manifiesta de las siguientes maneras:

- Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más.
- Presenta síntomas específicos, relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro.
- Deteriora la capacidad para funcionar en la vida diaria.
- Requiere tratamiento médico, psicológico o ambos.

2.2 Aspectos clínicos de la depresión

Pueden presentarse en varios aspectos, uno con alteraciones de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro; otro en el que predominan síntomas somáticos. Las principales áreas que se encuentran involucradas en una persona con diagnóstico de Depresión son:

2.2.1 **Cambios en el Estado de Ánimo**

La afectividad seriamente perturbada en la Depresión origina síntomas diversos, siendo un síntoma característico de la depresión el estado de ánimo deprimido. Puede sentirse triste, inútil y sin esperanza y tener crisis de llanto. También es frecuente que su autoestima y su autoconfianza se desplomen durante los periodos de depresión. Mucha gente con depresión se siente culpable o despreciable.

No toda la gente con depresión se siente deprimida, puede sentirse agitado, más irritable y fastidiado o puede ser aburrido y encontrar que ya nada le llama la atención. Generalmente las actividades agradables no le proporcionan placer ni mantienen su interés.

2.2.2 **Cambios Intelectuales**

Es frecuente que la censo percepciones se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal. Presenta una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia se manifiesta para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy inútil para los demás, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo; ideas repetitivas le perturban con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan. La depresión puede interferir en el proceso de la memoria y pensamiento; puede tener dificultad para concentrarse, puede notar que tiene que batallar para tomar decisiones, incluso decisiones relativamente simples. Como resultado puede encontrar que es más difícil hacer las cosas.

2.2.3 Cambios en el Comportamiento

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligroso que debe valorarse al inicio de un tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia. Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que a cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

Se debe sospechar una depresión si han habido cambios de conductas y rendimientos académicos o laborales, conductas autodestructivas o de riesgo, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, síndromes ansiosos, quejas somáticas (cefaleas, vértigo, trastornos digestivos, cardio respiratorios), o antecedentes personales o familiares.

2.2.4 Cambios Somáticos

A este cuadro se le llama depresión enmascarada y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio; la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiosa queja por muchos años. El insomnio puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o se despierta por la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño.

Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, cuando es pertinaz y se prolonga por años implica considerables pérdidas de peso, hasta de 10 y 15 kg. Por otro lado el enfermo puede reaccionar expresando un deseo compulsivo de comer con el correspondiente incremento de peso, esta diversidad de

reacciones ha hecho que se denomine a la depresión la enfermedad de las mil caras. Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia (falta de erección, o eyaculación precoz) no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es también muy evidente, aunque suele perturbarla menos que al hombre.

Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional, se localiza especialmente en la nuca y a veces en las regiones temporales; se debe a estados emocionales, y suele ser intensa y persistente.

El aparato digestivo con frecuencia está implicado en las quejas del enfermo la dispepsia, aerofagia, náusea y otros síntomas que se diagnostican generalmente como colon irritable son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo.

Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardiorábricas etc. Son trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo, quien al no encontrar ninguna explicación orgánica, elabora un diagnóstico de neurosis cardíaca o de astenia neurocirculatoria. Un conjunto adicional de síntomas del deprimido está constituido de mareos, prurito y alopecia, entre otros. El examen clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada y triste; la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca bajas; al caminar, el enfermo deprimido lo hace encorvado como si tuviera que soportar un gran peso. Con frecuencia se le ve desaliñado y con un total desinterés por lo que le rodea. (Calderón, 1990).

2.2.5 Biología de la Depresión

Los trastornos Depresivos interfieren significativamente en la Bioquímica del Cerebro identificando que las personas con depresión grave típicamente presentan desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores; los patrones del sueño se encuentran alterados por la bioquímica del organismo ya que generalmente son diferentes en personas que presentan depresión. Algunas hormonas pueden alterar el estado de ánimo, estabilizándoles con ciertos medicamentos.

Hasta la actualidad no se conoce si el desequilibrio bioquímico de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma o por una enfermedad física u otro factor ambiental.

El cerebro es un órgano que posee una estructura extremadamente complejo es por ello que los investigadores no han establecido aún con certeza que es lo que se altera en el cerebro que es lo que causa la depresión. A continuación se describen a los factores predisponentes para desencadenar depresión.

2.2.6 Factores Genéticos

En varias personas se ha observado que tienen vulnerabilidad para la depresión, como otras personas tienen vulnerabilidad para desarrollar enfermedades como la Diabetes, Hipertensión, entre otras. Por lo que se llega a la conclusión que si uno de los padres tiene o ha tenido depresión sus hijos están vulnerables a padecerlo; significando aquella explicación que el hijo ha heredado uno o más genes que aumentan el riesgo de desarrollar dicha patología.

Estudios realizados anteriormente han encontrado que los familiares de una persona que tiene o que ha tenido depresión en el pasado tienen una mayor probabilidad de desarrollar depresión. Las historias de las familias muestran que la depresión pasa frecuentemente de una generación a otra.

2.2.7 Factores Hormonales

En varias personas deprimidas ciertas hormonas en la sangre se encuentran en cantidades anormales, ya que el aumento o disminución en la producción de ciertas hormonas interfiere en la química natural del cerebro y por lo tanto desencadena en Depresión. Los niveles de algunas hormonas no se determinan rutinariamente cuando se diagnostica o se trata de la depresión. Sin embargo, en ciertas circunstancias el médico puede verificar otros niveles hormonales que se encuentran en la sangre.

Excepto la Hormona Tiroidea que en casos que no funciona adecuadamente, puede causar dos tipos de problemas:

- Libera demasiada hormona tiroidea (hipertiroidismo).
- Libera muy poca hormona tiroidea (hipotiroidismo)

Cualquiera de estos trastornos puede llevar a la depresión, pero la depresión tiende a ser más frecuente en el hipotiroidismo.

Las hormonas sexuales estrógenos (en la mujer) y testosterona (en el hombre) afectan desde el impulso sexual hasta la memoria. Influyen sobre la forma como se sienten, como

piensan y cómo se comportan. Las hormonas sexuales parecen proporcionar también protección para diversas enfermedades, incluyendo la depresión. Aunque las relaciones entre las hormonas sexuales y la depresión no se comprenden bien todavía; en algunas personas los problemas inician cuando los niveles de estas hormonas disminuyen.

Estrógenos: Las mujeres tienen mayor riesgo de depresión que los hombres, y los estrógenos pueden ser una de las razones. Se cree que los neurotransmisores alteran la actividad de los neurotransmisores que contribuyen a la depresión. Muchas mujeres presentan un estado de ánimo deprimido durante la fase premenstrual de sus ciclos menstruales. Algunas sufren de depresión posparto después del nacimiento de un bebé. Otras presentan depresión alrededor de la menopausia. Todos estos son tiempos en que los niveles de estrógenos disminuyen.

Testosterona: Los hombres al llegar a la mitad de la vida, pueden tener un riesgo aumentando la depresión. Al disminuir la hormona masculina (testosterona) puede ser un factor contribuyente. Los niveles máximos de testosterona en los hombres se alcanzan a los 20 años de edad y después disminuyen lentamente. La disminución se vuelve más significativa después de los 50 años. La relación entre la testosterona y depresión es escasa.

2.2.8 Neurotransmisores

Se ha llegado a relacionarle al cerebro con una red enorme de computación por su estructura compleja, ya que todas sus regiones están interconectadas por un complejo sistema de líneas de transmisión; siendo las líneas las haces nerviosas.

Los extremos de los haces nerviosos contienen los neurotransmisores que funcionan como mensajeros de datos entre las células nerviosas (neuronas). Células Nerviosas liberan neurotransmisores en un pequeño espacio (sinapsis) entre una célula nerviosa que envía y una célula nerviosa que recibe. El neurotransmisor se une a un receptor en la célula nerviosa que recibe. Durante la transferencia de información, las señales eléctricas de la célula nerviosa que envían, cambian a señales químicas que comunican el mensaje a la célula nerviosa que recibe. Cuando termina la transferencia, la célula que recibe cambia la señal química de nuevo a señal eléctrica. La comunicación entre una célula y otra ocurre muy rápidamente, por lo que el cerebro puede reaccionar inmediatamente al mensaje.

La depresión era resultado de los niveles reducidos de norepinefrina; por lo que se vio la necesidad de fabricar antidepresivos con la finalidad de aumentar la actividad de la norepinefrina en las células del cerebro. En la década de 1980 se introdujo un nuevo grupo de medicamentos antidepresivos llamados “Inhibidores selectivos de recaptura de

serotonina (ISRS)”. Estos medicamentos actúan principalmente en el neurotransmisor serotonina. Como la norepinefrina, la serotonina es un regulador del estado de ánimo localizado en las regiones del cerebro afectadas por la depresión.

Los niveles de norepinefrina, serotonina y su equilibrio entre si desempeña un papel en la forma en que reacciona usted a los eventos de la vida diaria, de cómo sentir alegría cuando se ve a un ser querido o llanto cuando se observa una escena triste.

Normalmente el cerebro se ajusta para que la emoción coincida adecuadamente con la situación. Pero cuando una persona tiene depresión el nivel de norepinefrina, serotonina o ambas puede no estar sincronizado; como resultado, la persona puede sentirse triste todo el tiempo, incluso en situaciones que disfrutaría normalmente. Las personas que están deprimidas pueden tener una cantidad menor de ciertos neurotransmisores en el espacio (sinapsis) entre las células nerviosas que la gente que no está deprimida (Latorre, P 2011 pág. 61).

2.3 Tipos de Depresión en el embarazo

En las líneas generales son criterios comunes para las directrices tanto del DSM IV como del CIE 10

2.3.1 Trastorno depresivo Mayor, episodio único (F32) o Recidivante (F33)

Criterio A presencia de 5 o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de 2 semanas y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

- ✓ Estado de ánimo depresivo- triste, disfórico, irritable en niños y adolescentes), la mayor parte del día y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desanimo.
- ✓ Disminución o perdida de interés o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades la mayor parte del día casi todos los días.
- ✓ Disminución o aumento de peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
- ✓ Insomnio o hipersomnia casi a diario

- ✓ Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no solo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud)
- ✓ Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.
- ✓ También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada (este síntoma puede adquirir un carácter delirante)
- ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas)
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte (no solo un temor a morir) o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

Criterio B. Señala el no cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y Depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo a la vez de un deterioro en la actividad social, laboral, u otras aéreas de la vida del paciente.

Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de sustancia tóxica o un medicamento, ni una enfermedad orgánica (DSM IV-TR 2002 Primera edición pág. 398)

2.3.2 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo Depresivo)(F43.20 y F43.22)

Depresión reactiva. La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta de su actividad interpersonal, social o laboral.

2.3.3 Trastorno depresivo no especificado (F32.9)

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos.

Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome Ansioso- depresivo) (Alberdi. S. Jesús; Taboada. Oscar, y otros)

2.4 Depresión en el Embarazo

Los síntomas son principalmente: tristeza sin explicación, decaimiento, dificultad para dormir, falta de interés, sentimientos de culpabilidad, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, bajo apetito, cansancio o movimientos lentos, ideas o pensamientos suicidas.

De cada 10 embarazadas, entre 1 y 2 tienen síntomas de depresión en el embarazo. Si la han sufrido en embarazos anteriores, corren un riesgo mayor de desarrollarla durante el nuevo embarazo. Esta patología es muy seria ya que puede poner en riesgo a la mujer y su hijo. Existen tratamientos psicológicos, psicoterapia de apoyo grupal, además de los métodos naturales como yoga y Flores de Bach, entre otros.

En el embarazo, se puede presentar por causa de diferentes factores: cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de pareja, haber tenido una pérdida, presentar un embarazo de alto riesgo o al tener que enfrentar situaciones estresantes.

Entre las razones de por qué ocurre podemos encontrar:

- *Cambios hormonales:* Son propios de esta etapa y afectan directamente los neurotransmisores químicos del cerebro encargados de regular nuestro humor.
- *Antecedentes personales o familiares de depresión:* Si ya has sufrido de depresión o hay registro en tu familia de padecer esta enfermedad, estás más propensa a que se presente durante el embarazo.
- *Problemas de pareja:* Si no te estás llevando bien con tu pareja, te abandonó o llevas una relación conflictiva, es probable que puedas padecer una depresión. Es importante apoyarte en tu familia, amigos o buscar redes de apoyo.
- *Complicaciones en el embarazo:* Los síntomas de pérdida, tener un embarazo múltiple y hacer reposo prolongado provocan mucho miedo y ansiedad, que pueden terminar desencadenando una depresión.
- *Situaciones estresantes:* Problemas laborales, la pérdida de un ser querido y cualquier preocupación puede generar un cuadro de angustia y depresión (*Asesoría: Francisca*

Wormald, psicóloga de la Red Salud UC y Jorge Carvajal, ginecólogo de la Red Salud UC)

2.4.1 Respuestas emocionales al embarazo

A pesar de los cambios fisiológicos y emocionales que ocurren durante el embarazo, los nueve meses de embarazo constituyen un periodo en el que disminuye la incidencia de alteraciones emocionales graves. Después del parto, el riesgo de presentación de trastornos psiquiátricos graves es alrededor del 15%. Esto representa más del doble 2-7% del de riesgo observado después de acontecimientos estresantes no relacionados con el embarazo. (LATORRE, A, 2011 pág. 82)

2.4.2 Reacciones emocionales frecuentes en el embarazo

El embarazo es una experiencia física y emocional compleja que es intrínsecamente tensionante. El embarazo se asocia con cambios en la conducta alimentaria, el sueño y la actividad sexual, cambios que fuera del embarazo pueden señalar una perturbación psicológica como la depresión. Sin embargo, dentro del contexto del embarazo estos cambios son normales. El embarazo se puede considerar tanto una fase biológica como psicológica de la vida que requiere ajuste adaptación. La adaptación emocional de una mujer al embarazo se verá afectada por su capacidad previa para dominar problemas y resolver conflictos. Los aspectos emocionales del embarazo también son afectados por el contexto en el cual se desarrolla el embarazo. (Reyes, K. 2008).

Algunos problemas emocionales comunes pueden estar identificados y asociados vagamente con los estadios del embarazo. Durante todo el embarazo se describen a menudo sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor. Inicialmente, tan pronto como una mujer sabe que está embarazada, existen algunas elecciones por hacer en el estilo de vida. Estas elecciones incluyen cuestiones relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína, uso de drogas, asistencia prenatal, situación laboral, relaciones y si debe continuar el embarazo.

Durante todo el primer trimestre pueden existir más períodos de emociones fluctuantes. La aceptación del embarazo, la resolución de las elecciones en el estilo de vida y la incorporación de la presencia del feto son las principales tareas psicológicas. Los factores de riesgo para un aumento de la incidencia de trastornos psicológicos durante este

periodo, y posiblemente mayor malestar fisiológico, incluyen las siguientes: reacción negativa al embarazo, del esposo o del novio, experiencias desagradables previas con embarazos, motivación poco clara para el embarazo, pocas personas en quienes buscar apoyo y un gran cambio en el estilo de vida debido al embarazo.

Por lo general el segundo trimestre es una época de menos cambios emocionales. Las reacciones emocionales pueden centrarse en los cambios de la imagen corporal y la sexualidad. La principal tarea psicológica de la mujer embarazada es comenzar a considerar al niño neonato como alguien separado de ella misma. La percepción del movimiento fetal ayuda en este proceso (LATORRE, A, 2011 pág. 83)

2.5 Epidemiología de adolescentes embarazadas

Hay que tener en cuenta que en el Ecuador no existen datos actuales sobre depresión en embarazo adolescente por lo que las cifras presentadas a continuación serán de América latina.

- El 40% de las madres adolescentes presentan un episodio de depresión hasta un año después del parto
- Debido a la depresión en el embarazo existe un mayor riesgo de disminución de potencial cognitivo, menor probabilidad de lactancia materna, mayor riesgo de negligencia y maltrato. Prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, Cada año en el mundo al menos 60.000 adolescentes mueren por problemas relacionados con el embarazo y el parto.
- La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal (*baby blues* o *maternity blues*) hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria.
- En el mundo se refiere que dos de cada 10 embarazadas presentan depresión y dos de cada 10 tienen síntomas depresivos.
- El 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo cursó con depresión. De las deprimidas, 50 % tenía escolaridad de secundaria y de éstas 50 % se dedicaba al hogar. El 5.6 % de las que tenían pareja presentó depresión, a diferencia de 13.6 % sin pareja (PNPEAE 2007).

2.6 Farmacología en el embarazo

Varios de los medicamentos mencionados a continuación tienen efectos secundarios y pueden llegar a afectar la salud de la madre y la del feto por lo que se recomienda tomarlas en dosis muy bajas y bajo estricta vigilancia médica.

Grupo 1: Inhibidores selectivos de serotonina (ISSR). Este grupo de medicamentos incluye:

- Prozac (fluoxetina)
- Lexapro (escitalopram)

TITULO III

3. ADOLESCENCIA

3.1 Definición

La OMS (1995) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años.

Según Fishman (1989), las tareas esenciales de la adolescencia se centran en torno a la búsqueda de la identidad, el desarrollo de las competencias sociales, la elaboración del narcisismo adolescente y el logro de la autonomía.

La Adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20. Considerando que la adolescencia comienza con la pubertad, proceso que conduce a la madurez sexual, los cambios físicos los cuales en este periodo de vida son radicales, no se desatan de un golpe al final de la niñez sino que la pubertad forma parte de un largo y complejo proceso que comienza desde antes de nacer. La adolescencia es un proceso social y emocional, “la adolescencia comienza en biología y termina en cultura. (Papalia, D, 1998, pág.: 360)

La gente puede sentir que ha llegado a la etapa sociológica de adulto cuando puede responder por sí misma, ha elegido una carrera, ha contraído matrimonio u organizado una familia. Se considera que la madurez intelectual coincide con la capacidad para el pensamiento abstracto. La madurez emocional depende de logros como descubrir la identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y la habilidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor. Algunas personas nunca superan la adolescencia a nivel emocional o social, sin importar cuál sea su edad cronológica. (Papalia, D, 1998, pág.: 361)

3.2 Adolescencia Temprana (10-13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia

amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (MARTÍNEZ, GEDERLINI, IBACACHE & VALDERRAMA, 2009, pág. 6)

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del auto-erotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina, coquetería, amor platónico, etc. (BONILLA 2009, Pág. 12)

3.3 Adolescencia Media (14-17 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. (...) (MARTÍNEZ, GEDERLINI, IBACACHE & VALDERRAMA, 2009, pág. 6)

Caracterizada por la completa maduración sexual, narcisismo, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimiento de invulnerabilidad, falta de información y educación sexual), relaciones intensas y fugaces. (BONILLA 2009, Pág. 12)

3.4 Adolescencia Tardía (mayores de 18 años)

Caracterizada por la completa maduración física y socio-legal, logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más expresiva y puede establecer relaciones íntimas más estables, con definición de su rol sexual. La sexualidad adolescente viene con expresiones y experiencias formadas durante la infancia y con ello experiencias negativas, como el maltrato físico (incluso abuso sexual), la disgregación familiar, ambiente conflictivo; pueden afectar el desarrollo normal de la personalidad del adolescente. (...) (BONILLA 2009, Pág. 12)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de

valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".(MARTÍNEZ, GEDERLINI, IBACACHE & VALDERRAMA, 2009, pág. 6).

3.5 Cambios Físicos

Tabla 1. Cambios Físicos

Secuencia de los Cambios en la Adolescencia	
Características de las niñas	Edad de Aparición
Crecimiento de los Senos	8 a 13
Crecimiento del vello púbico	8 a 14
Crecimiento del cuerpo	9.5 - 14.5 promedio 12
Menarquía	10 - 16.5 (promedio 12.5)
Vello Axilar	Cerca de dos años después del vello púbico.
	Casi al mismo tiempo que el vello axilar.
Aumento de la producción de glándulas sebáceas y sudoríparas	
Características de los niños	Edad de Aparición
Crecimiento de los Testículos y el saco escrotal	10 - 13.5
Crecimiento del vello púbico	10 a 15
Crecimiento del cuerpo	10.5 - 16 (promedio 14)
Crecimiento del pene, próstata, vesículas seminales	11 - 14.5 (promedio 12.5)
Cambio de Voz	
Primera Eyaculación de semen	casi al mismo tiempo del crecimiento del pene
Vello Facial y Axilar	casi un año después del crecimiento del pene
Aumento de la producción de glándulas sebáceas y sudoríparas	casi 2 años después de la aparición del vello púbico
	Casi al mismo tiempo que el vello axilar.

Explicación: Los cambios físicos de los adolescentes suceden en una secuencia que es mucho más consistente que su duración real, llegando a variar de una persona a otra.

La responsable de los cambios que presenta el cuerpo humano en la adolescencia es una glándula que se encuentra en el cerebro, llamada hipófisis. La hipófisis produce y libera unas sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones o los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas sexuales masculinas.

“Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias” (Papalia, D, 1998, p: 362).

“Durante la pubertad, las funciones reproductoras maduran, los órganos sexuales crecen y las características sexuales secundarias aparecen. El proceso toma cerca de cuatro años y comienza casi dos años antes para las niñas, respecto de los muchachos. Las niñas comienzan a presentar el cambio de la pubertad a los nueve o diez años de edad y alcanza la madurez sexual alrededor de los 13 o 14 años”. (Papalia, D, 1998, p: 362).

“Niñas normales pueden mostrar los primeros signos a los siete años o solo hasta los 14 (comenzando la madurez sexual a los 9 y 16 años respectivamente). La edad promedio para que los muchachos entren en la pubertad son los 12 años y la madurez sexual a los 14. Niños normales pueden comenzar a mostrar cambios entre los nueve y los 16 (y llegan a su madurez sexual entre los 11 y los 18 años); la madurez sea precoz o tardía, suele tener consecuencias sociales y psicológicas”. (Papalia, D, 1998, p: 363).

La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas; estando determinado por la interacción de genes, salud y ambiente, y puede estar relacionado con un nivel crítico de peso.

“En las niñas los ovarios inician con precisión la producción del estrógeno, la hormona femenina, mientras que en los muchachos los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular la testosterona.” (Papalia, D, 1998, p: 363).

El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y del vello del cuerpo. Las hormonas también se hallan en estrecha relación con las emociones, específicamente con la agresión de los muchachos y con la agresión y la depresión en las niñas. Existe una relación bien establecida entre la producción de testosterona y la sexualidad; los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que hacen sus amigos que con lo que segregar las glándulas.

Una primera señal de maduración es el repentino crecimiento del adolescente, un aumento significativo en estatura y peso que en las niñas comienza, generalmente entre las edades de nueve años y media y 14 años y medio y en los muchachos entre los 10 años y medio y los 16 (por lo

común a los 12 o 13). Por regla general dura dos años y poco después de que este crecimiento termina, la persona alcanza su madurez sexual. “Chicos y chicas crecen en forma diferente durante la adolescencia; un muchacho es más grande en conjunto: sus hombros son más amplios, sus piernas son relativamente más largas en comparación con el tronco, al igual que los antebrazos en relación con los brazos y la estatura. Durante esta etapa la pelvis de una niña se ensancha para facilitar el futuro trabajo de parto y se forman capas de grasa debajo de la piel para dar una apariencia más redondeada. En ambos sexos, el rápido crecimiento de la adolescencia afecta prácticamente todas las dimensiones de los sistemas óseo y muscular”. (Papalia, D, 1998, p: 364).

3.6 **Características Sexuales Secundarias**

Tabla 2. Características Sexuales

Características Sexuales Secundarias	
Niñas	Niños
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Aumento del ancho y la profundidad de la pelvis	Cambios en la voz
Cambios en la voz	Cambios en la piel
Cambios en la piel	Ensanchamiento de la espalda

Son los signos fisiológicos de madurez sexual que no incluyen en forma directa los órganos sexuales: entre ellas está el crecimiento de los senos de las mujeres y el ensanchamiento de la espalda en los hombres. También incluyen los cambios de voz, textura de la piel y el vello corporal.

El primer signo de la pubertad en las niñas suele ser el crecimiento de los senos, los pezones aumentan y se pronuncian, el área pigmentada alrededor de los mismos aumentan y los senos adquieren primero una forma cónica y después redonda; se han desarrollado por completo antes de la primera menstruación.

El crecimiento de vello, incluido el del pubis y las axilas, también es señal de maduración; los muchachos se alegran del crecimiento de vello en la cara y el pecho, mientras que las niñas tienden a desmayarse si cualquier rastro aparece en su rostro y alrededor de los pezones, aunque esto sea normal.

La piel de los adolescentes hombres y mujeres, se hace más gruesa y grasosa, y el aumento de actividad de las glándulas sebáceas origina la formación de barros y espinillas. La voz de los niños y

de las niñas se hace más grave, respuesta al crecimiento de la laringe y en parte en los muchachos, como respuesta a la producción de hormonas masculinas (Papalia, D, 1998, p: 365).

3.6.1 Menarquia

“La señal más dramática de la madurez sexual de una niña es la menarquía. Se presenta bastante tarde con respecto a la secuencia del desarrollo femenino. Los primeros periodos menstruales no incluyen ovulación y muchas niñas no están en capacidad de concebir hasta 12 o 18 meses después de la menarquía. Las niñas que han comenzado a menstruar deben ser conscientes de que pueden quedar embarazadas (...)” (Papalia, D, 1998, p: 366).

3.6.2 Etapas de la pubertad

Etapas pre pubescente:

Etapas inmadura en la cual suceden los primeros cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora (entre los 11 y los 13 años en el muchacho).

Etapas pubescente:

Etapas de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales (entre los 13 y los 15 años).

Etapas pos pubescente:

Etapas maduras en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas (entre los 15 y los 18 años).

Estas transformaciones corporales se acompañan generalmente de fatiga, falta de ánimo y otros síntomas que asumen proporciones exageradas cuando los cambios físicos se suceden con rapidez.

Existen algunos factores relacionados con los cambios físicos y que repercuten en el comportamiento del muchacho:

- **Rapidez del cambio:** El crecimiento rápido altera el cuerpo que puede llevar a que el pubescente, incapaz de aceptar en seguida su nueva figura y de efectuar una revisión de su propia imagen física, pueda convertirse en una persona sumamente cohibida.
- **Falta de preparación:** El grado de conocimiento y de preaviso que el muchacho tenga de los cambios que se operan en su cuerpo incidirá notablemente en su actitud hacia estas modificaciones. Este preaviso se debe realizar con tacto, pues una cosa es avisar de advenimientos futuros y otra anticiparlos provocando la curiosidad malsana. Es importante dar este preaviso de forma muy positiva, natural, sin bajar a detalles, pero usando un lenguaje comprensible.
- **Expectativas sociales:** La actitud del adolescente hacia su cuerpo y sus rasgos faciales está influida por lo que él cree que las personas que importan en su vida, en especial sus padres y sus amigos, piensan de su apariencia. Un aspecto físico que se juzgue de modo desfavorable podrá hacer que el adolescente se sienta socialmente inseguro.
- **Estereotipos:** Una de las tareas evolutivas más difíciles para el adolescente es la aceptación de su cuerpo y de su figura, que en esta etapa cambian significativamente. Casi todos los niños aguardan con impaciencia el momento de su crecimiento, pero los cambios que se operan en sus cuerpos les causan más angustia que placer. En general, la insatisfacción respecto de la apariencia se agudiza poco después de haberse alcanzado la madurez sexual, o sea en la edad en que se cursan estudios secundarios. A partir de entonces, los adolescentes bien equilibrados muestran una aceptación creciente de sí mismos y de su apariencia. Es interesante saber que los muchachos, en esta época de cambio, tienden a tener una opinión desfavorable de sus aptitudes (LATORRE, A 2011 Pág. 14).

3.6.3 Características propias de la adolescencia

- a. **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- b. **Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
- c. **Audiencia imaginaria:** el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.

- d. **Iniciación del pensamiento formal:** durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejercita siempre que puede.
- e. **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
- f. **Apoyo en el grupo:** el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.
- g. **Redefinición de la imagen corporal:** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- h. **Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo:** de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- i. **Elaboración de los duelos:** referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).
- j. **Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares** (LATORRE, A 2011 Pág. 19).

3.7 Desarrollo Integral del Adolescente

3.7.1 Desarrollo Afectivo

Tras el período turbulento de pre adolescencia, la conducta de los jóvenes suele sossegarse. Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias y hasta a los pactos y los compromisos.

Esto significa que el adolescente ha conseguido librar con éxito el último combate contra las exigencias libidinales infantiles, de las que no obtiene ya satisfacción, y está dispuesto a afrontar las dificultades que conlleva su nueva condición, por fin plenamente asumida, de joven adulto.

A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc.

El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares y para ello necesita imaginarse reprimido por los padres, lo esté o no. La fantasía de represión de sus iniciativas es estructurante para su afectividad, que obtiene una base firme para iniciar experiencias adultas. La represión real, por el contrario, coloca al adolescente en una situación de desequilibrio, que puede precipitar prematuramente los tanteos del joven en el mundo de los adultos, o bien operando en sentido contrario desacreditarlos por completo.

En este segundo momento de la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto. El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia, pero el adolescente sigue viviendo y tal vez por mucho tiempo en el domicilio paterno.

3.7.2 Desarrollo Social

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras.

A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es electivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas. El grupo adolescente se inicia sólo con dos: el adolescente y el amigo. Precisamente el paso de un grupo al otro se caracteriza porque el muchacho ya no se interesa por las aventuras de pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo puberal.

El adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderato y entra en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal.

La comprensión la buscan afuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente; el adulto o los padres no llenan esos requisitos. La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos y fiesta de los conflictos con los padres o depresiones. Estas conversaciones están llenas de resentimiento, imprecisas, y, son la fuente de verdaderas críticas normativas. Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso a los estados trágicos.

A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras, esto se debe como anteriormente mencionamos, vemos que ellos se unen por ser semejantes, pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por el mismo estado psíquico. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva con el mundo es grave, el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resentimiento, todo gira en torno a actos de transgresión que llamaremos conducta antisocial.

Las actividades del adolescente tienen también como objetivo el olvido, el instinto de mostrar que el alma de los puberales se carga de sentimiento dolorosos, triste, y que únicamente en esa época de la vida se tiene complacencia del dolor mediante sus tramitaciones de placer. El adolescente no es un ser esencialmente alegre, en consecuencia, él no gusta de estos placeres como bailar, asistir a paseos, ir al cine para mantenerse alegre pero, cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría (LATORRE, A 2011 Pág. 21).

3.8 Sexualidad En El Adolescente

En América Latina, por ejemplo, la edad media en el primer acto sexual varía de 13 a 16 años entre los varones y entre 16 y 18 años entre las niñas. En África el 80,48% de los varones de la escuela primaria y 69% de los varones de la escuela secundaria estaban sexualmente activos, en comparación con 17% y 27% de las niñas de las escuelas primaria y secundaria. En Asia, menos de 10% de las mujeres no casadas menores de 24 años de edad han tenido relaciones sexuales. Los adolescentes declaran con más frecuencia tener varias compañeras sexuales y relaciones íntimas con personas conocidas ocasionalmente. (RAMOS 2009)

La sexualidad en la persona humana comprende todas sus dimensiones: la fisiológica, la psicológica y la espiritual, siendo de esta manera un "modo de ser" persona (hombre-mujer) que afecta todos sus

actos. La sexualidad habla de donación afectiva e íntima, de unión fecunda en el amor matrimonial, de una concepción del hombre abierto a la relación complementaria en el amor y para el amor, un amor auténtico: total, fiel, fecundo y eterno.

La sexualidad adolescente, como la sexualidad en general, no es un hecho puramente biológico. La excitación sexual genital y la descarga son experiencias nuevas que se imprimen en el psiquismo y permiten reafirmar experiencias anteriores, que, junto con las nuevas vivencias van estableciendo la forma que adquieren la identidad sexual adulta. En el niño la masturbación es un proceso de descarga de tensión y placer. En el adolescente, en cambio, además de descarga, la masturbación es una forma de preparación para el encuentro sexual y las fantasías en relación a un objeto de deseo externo (que en muchos casos ni siquiera llega a enterarse de las pasiones que despierta), juegan un papel primordial para el logro de la satisfacción. La masturbación, si bien provoca un sentimiento de culpa, brinda al adolescente una sensación de confianza y lo confirma en su capacidad de ejercicio de una sexualidad plena. Pero cuando es excesiva resulta una trampa, porque lleva a la pérdida de la relación con los otros y el no abandono de una posición infantil. En algunos aspectos el adolescente es tan desvalido y frágil como un bebé y necesita, como éste, de un ambiente favorable para poder crecer.

El deseo que se reprime (por ser opuesto a los valores culturales) es percibido por el yo como displacer, asco, vergüenza. Estos sentimientos pueden estar en relación al propio cuerpo y sus productos (menstruación, transpiración, vello) o al de otros. En las chicas, a menudo, se manifiesta en un rechazo a tener relaciones, o en caso de tenerlas, presentan dificultades en la penetración. Les gusta mostrarse lindas y seductoras, ser deseadas por sus encantos, pero no llegar a la concreción del acto sexual, que les provoca miedo y aversión. Si se identifican con una madre asexual, el hombre puede convertirse en sus fantasías en un monstruo, un violador que las persigue. También los varones suelen sentir miedo frente a las chicas y se defienden separando el sexo del afecto.

En la adolescencia se actualiza la tentación incestuosa y parricida. Lo que para el niño era imposible, para el adolescente no lo es (por eso las ideas de muerte y el sentimiento de culpa). Es en los sueños y en las fantasías donde estos sentimientos se elaboran. Cuando no se logra el desprendimiento de los padres como objeto de amor incestuoso, se coarta la posibilidad de alcanzar una sexualidad adulta plena. Puede producirse desde una inhibición de los deseos sexuales, acompañada de una idealización del amor platónico, o de cualquier otro tipo de amor asexual (amigos, familia), hasta un verdadero horror de la vida sexual, o bien algún tipo de salida perversa (voyeurismo, exhibicionismo, etc.).

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o tienen información acerca de los métodos de control de natalidad a los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando (LATORRE, A 2011 Pág. 23).

3.9 Embarazo en la adolescencia

Se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza (LATORRE, A 2011 Pág. 26).

3.9.1 Impactos de la Maternidad Adolescente

Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años 11. 27%

Oportunidades perdidas: Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos. Estos factores la convierten en una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla. Además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra, sumando obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente, profundizando la pobreza.

Más hijos: El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumenta a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%.

Más abortos: A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina

Salud de los bebés: los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más (LATORRE, A 2011 Pág. 27).

3.9.2 Embarazos precoces

En los embarazos adolescentes se presentan muy a menudo deficiencias en la nutrición de las chicas, ya que se produce un aumento de las necesidades en esta edad en la que aún está creciendo. También es un factor importante el hecho de que las adolescentes y las jóvenes se alimenten en muchos casos un tanto arbitrariamente y no se ajustan a las auténticas necesidades.

Presentan con frecuencia déficits minerales y de vitaminas que afectarán no sólo a la madre sino al hijo que lleva en su vientre. Las infecciones durante el embarazo, y muy en especial la infección urinaria, se presentan en un mayor número de gestantes adolescentes. Asimismo son más frecuentes a esta edad las infecciones de transmisión sexual, favorecidas por las circunstancias en que se desenvuelven a menudo sus relaciones, con alto riesgo de afectación del feto y consecuencias muy graves para éste, más todavía que para la misma madre.

Otra consecuencia en las adolescentes gestantes es la hemorragia durante el tercer trimestre del embarazo debido al desprendimiento prematuro de la placenta. El riesgo de parto prematuro y de muerte del feto dentro del útero aumenta con ello considerablemente. La causa habría que buscarla en la inmadurez hormonal de la adolescente y en él también incompleto desarrollo del útero a esas edades.

3.9.3 Partos conflictivos

En este tipo de embarazos hay una mayor frecuencia de partos prematuros y de bajo peso en los niños al nacer. Si bien hoy día las técnicas de asistencia a niños se han desarrollado extraordinariamente, sigue siendo indudable que el bajo peso es una de las principales causas de mortalidad y de serias discapacidades en la primera infancia. Entre las adolescentes que dan a luz, la presentación del niño "de nalgas" a la hora del parto aparece en cifras elevadas. El nacimiento de esta forma, como es sabido, lleva consigo un cierto aumento del riesgo de sufrimiento por parte del niño. Al no estar en la adolescente completada la maduración del esqueleto de su pelvis son frecuentes durante el parto las situaciones en las que la cabeza del feto no es capaz de atravesar el canal óseo que le conducirá desde el útero al exterior. Así pues, con frecuencia se hace imprescindible la práctica de una cesárea, intervención que, en efecto, se efectúa más a menudo en adolescentes que en mujeres maduras (LATORRE, A 2011 Pág. 29-30)

MARCO METODOLÓGICO

HIPÓTESIS

- La ansiedad patológica siempre se va a presentar en el primer trimestre de embarazo
- Los síntomas cognitivos prevalecen en los síntomas afectivos en las adolescentes embarazadas.
- Las fluctuaciones del estado de ánimo entre euforia y depresión son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes embarazadas

Definición Conceptual

Ansiedad: Se pueden definir como estados desagradables en la que hay sensaciones de peligro caracterizado por malestar tensión o aprensión. En algunos casos puede comenzar en forma abrupta y aumentan rápidamente hasta llegar a un nivel máximo Usualmente en diez Minutos

Síntomas Cognitivos: Esquemas formados durante la depresión sobre las formas de percibir la realidad incluyendo creencias, siendo predominantes favoreciendo la percepción y afectando la memoria atención, función ejecutiva y concentración

Síntomas Afectivos: La afectividad es entendida como la manera en que el hombre se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Cada hombre, dependiendo de sus intereses específicos, que a su vez le mueven a la acción, se siente afectado de distinta manera por los acontecimientos que le acaecen a lo largo de su vida; por lo tanto son esas “motivaciones” las que nos hacen sentirnos afectados de distinta forma; y esas motivaciones, no son otra cosa que los instintos biológicos de cada uno.

Euforia: Estado mental y emocional en la que una persona experimenta sentimientos intensos de bienestar, felicidad, excitación y júbilo.

Definición Operacional

Categoría	Indicadores	Medida	Instrumento
➤ Cognitivo subjetivo	Preocupación, Temor, Inseguridad, Dificultad para decidir, Miedo, Pensamientos negativos, Temor a la pérdida del control, Dificultades para pensar, El estudiar	<i>Puntuación total de 0-22 puntos</i>	Test de ansiedad de Hamilton
➤ Fisiológico	Sudoración, Tensión, muscular palpitaciones, Taquicardia, Temblor, Molestias en el estómago, Dificultades respiratorias, Sequedad de boca, Dificultades para traga, Dolores de cabeza	<i>Puntuación total de 22-44 puntos</i> <i>Puntuación total de 44-66 puntos</i>	

➤ Motor u Observable	Mareos, Náuseas. Fumar comer o beber en exceso, Intranquilidad motora, Movimientos repetitivos, Rascarse, Tocarse, Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, Tartamudear, Llorar, Quedarse paralizado	<i>Puntuación total de 66-88 puntos</i>	
----------------------	--	--	--

Categoría	Indicadores	Medida	Instrumento
Afectivo	Tristeza patológica, Desgano, Alteraciones Somáticas, Pérdida del placer, Culpa excesiva, Apatía y desinterés Cambio de estado de ánimo,	No depresión: 0-5 puntos Depresión leve: 6-15 puntos	Cuestionario

Cognitivo	Aislamiento		
	Alteración del pensamiento, Pensamiento Suicida, Abandono de Proyectos, Falta de Concentración,	Depresión moderada: 16-25 puntos Depresión grave: > 26 puntos	

Categoría	Indicadores	Medida	Instrumento
Depresión	Tristeza, Desesperación, Torpeza motora, Sentimientos de soledad, Anticipación de un futuro negativo,		Entrevista
Manía	Alegría desmesurada, estado de ánimo: Eufórico, Optimista, Miedo a lo desconocido, Ansiedad, Ideas delirantes.	Frecuente () Ocasional () Ausente ()	
Angustia	Muy poco o demasiado sueño,	Preguntas Abiertas	

Abandono Social	Energía baja o fatiga, Baja autoestima, Inapetencia o comer en exceso, Baja concentración.		
hipomanía	Estados de ánimo exaltados no llegan a ser maniacos, pero que sí provocan cuadros de irritabilidad y actitudes compulsivas leves.		

Tipo de Investigación

Correlacional: por cuanto el estudio nos permitió medir el grado de relación existente entre las variables de ansiedad, depresión y abandono social existentes en la población investigada y los detalles de estas relaciones se encuentran expuestos en los resultados estadísticos.

Diseño de Investigación

No experimental: se puede observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural sin manipular las variables, de corte transversal recolectando información en un tiempo único, describiendo variables y analizando su incidencia e interrelación en un momento dado.

Población y Muestra

Características de la población o muestra

El proyecto especial Adole Isis de la Casa de las Juventudes del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito que alberga a madres adolescentes en periodo de gestación que hayan sufrido de abandono por parte de su familia o su pareja, o a su vez, de parte de ambos conjuntamente, el proyecto les brindan a las adolescentes alimentación, techo y apoyo psicológico. En cumplimiento de desarrollar la investigación y con el propósito de dar acompañamiento a la problemática de ansiedad y depresión a la que se enfrentan la futuras madres por el abandono que presentan se eligen de una muestra de 65 adolescentes de entre 12 a 18 años, comenzando la investigación con 52 que se encuentran en el primer trimestre de embarazo y que asisten al proyecto antes mencionado, sin tomar en cuenta su condición social, etnia o cualquier otro factor social.

Diseño de la Muestra

La muestra será probabilística ya que se pretende hacer estimaciones de variables en la población, que se medirán y analizarán mediante pruebas estadísticas.

Tamaño De La Muestra

$$n = \frac{NO^2Z^2}{(n-1)E^2 + O^2 + Z^2}$$

$$n = \frac{0,9604N}{(n-1)0.0036 + 0.964}$$

$$n = \frac{0.9604 \times 65}{64 \times 0.0036 + 0.9604}$$

$$n = 52$$

Técnicas e Instrumentos

Técnicas

- Técnica de Observación: Este método de recolección consistió en el registro de situaciones observables analizando actitudes de adaptación y rechazo al embarazo. Finalidad de la aplicación, modos de aplicación y manera de aplicación
- Técnica de Entrevista: siendo una técnica muy conocida y usada frecuentemente se buscó obtener datos respecto al abandono social y las consecuencias que esto conlleva de una manera directa y aplicada individualmente.
- Técnica Psicométrica: Para la investigación se buscaron varios test estandarizados y utilizados a nivel mundial con resultados más aproximados a una realidad tangible, algunos de los cuales fueron adaptados y utilizados para la elaboración de los cuestionarios aplicados.

Instrumentos

- Cuestionario de Entrevista: El objetivo de la entrevista fue valorar los niveles de fiabilidad de las adolescentes gestantes al contestar a varias de las preguntas donde hacía falta mucha sinceridad y confiabilidad de parte del examinador como de las madres gestantes.
- Test de Hamilton: Utilizando la escala de ansiedad, se buscó una aplicación individual, dirigida en algunos casos debido a los diversos síntomas no muy conocidos por toda la población en términos técnicos por el nivel de instrucción.
- Cuestionario para la Depresión: Elaborado previamente en base del cuestionario de Hamilton de la escala de depresión con varios niveles de respuesta desde ausente hasta intenso, al igual todos los instrumentos aplicados se garantizó la confidencialidad de los resultados y el anonimato en la investigación.

Análisis de Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

Escala De Ansiedad De Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a

13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

Interpretación

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste no es muy recomendable. En caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sano (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$).

Es sensible al cambio tras el tratamiento.

Cuestionario Para la Depresión

Basado en la escala de Depresión de Hamilton siendo que la depresión en las primeras semanas de embarazo y en madres adolescentes es cada vez más notorio habitualmente disfrazada y ubicada entre los signos de las primeras semanas de embarazo como náuseas, falta de sueño y cambios de humor acreditado a las hormonas.

Instrucciones:

Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, para la culminación del cuestionario es necesario máximo 10 minutos, cada una de las preguntas están elaboradas de acuerdo a las necesidades de la investigación, al terminar el cuestionario se sumara cada uno de los ítems.

Interpretación:

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

La versión original del test lleva 17 ítems pero al ser adaptado para adolescentes se han resumido y solo se pusieron 12 ítems, cada una de las preguntas tiene 4 opciones de respuesta desde 0 a 3, y la puntuación total va de 0 a 36 puntos siendo:

- No deprimida: 0- 5
- Depresión ligera menor: 6- 15
- Depresión moderada: 16 - 25
- Depresión severa: > 26

Cuestionario De Entrevista

Con el apoyo de mi tutor, el cuestionario fue elaborado para investigar el abandono que las adolescentes van a presentar provenientes de todos los círculos sociales que les rodean: familia, amigos y pareja y cómo van a reflejar y expresar las emociones contenidas, siendo la posible causa el abandono para las fluctuaciones del estado de ánimo. Luego de una aplicación a una pequeña muestra modificando algunas preguntas que se encontraban confusas para las madres gestantes.

Instrucciones

La aplicación debe ser individual y dirigida por algún profesional que tenga muy presente la observación y la objetividad que son dos elementos muy importantes en una entrevista. El cuestionario

consta de 10 ítems que ofrece una manera cuantitativa de reflejar el sentir la futura madre, las preguntas son libres de contestar.

RESULTADOS

En la investigación se realizó la toma de un test, un cuestionario y una entrevista todos ellos estructurados, aplicados a 52 adolescentes embarazadas que asisten al Proyecto Especial de la casa de las juventudes, cada una de las madres gestantes fue abordada de una manera individual y con su debida privacidad siendo así más confiable el resultado.

Presentación (gráficos y tablas)

Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas en riesgo y sin apoyo familiar

Tabla 3. Edades

EDADES	FRECUENCIA	F %
12	1	1.92
13	4	7.69
14	1	1.92
15	12	23.08
16	15	28.85
17	12	23.08
18	7	13.46
TOTAL	52	100.00

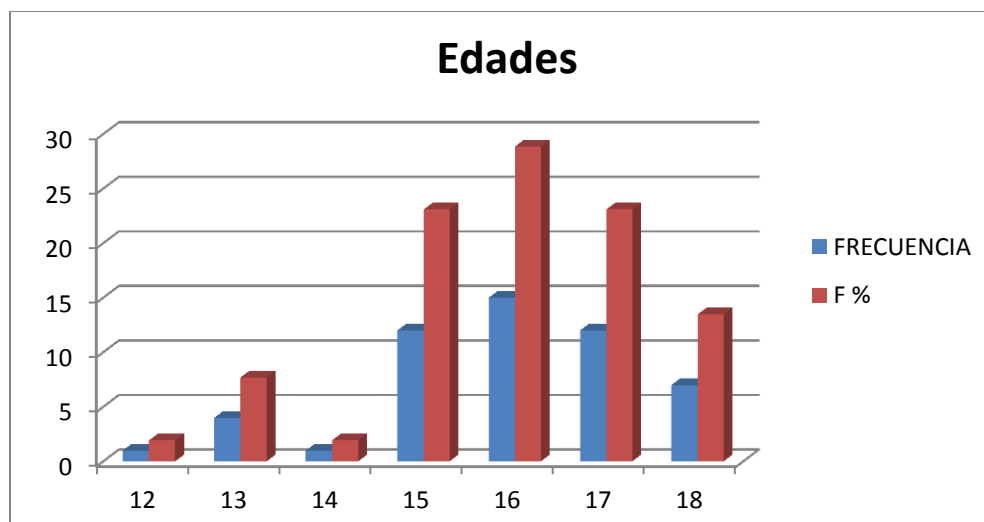


Ilustración 1. Edades

Tomado: Consentimiento Informado

Realizado por: Andrea Ávila

En la tabla se puede observar que el 28% de las adolescentes tienen 16 años, seguido por 15 y 17 años cada uno con 23%, las jóvenes de 18 años con 13%, con un 7% los 13 años y por último con un 1% las edades de 12 y 14 años

La vida sexual de las adolescentes empieza a las 14 años por lo tanto el mayor porcentaje de las embarazadas está en los 15 años solo algunas de las adolescentes empiezan a los 12 años

Tabla 4. Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	F %
Primaria	3	5.77
Secundaria	45	86.54
Superior	4	7.69
Total	52	100.00

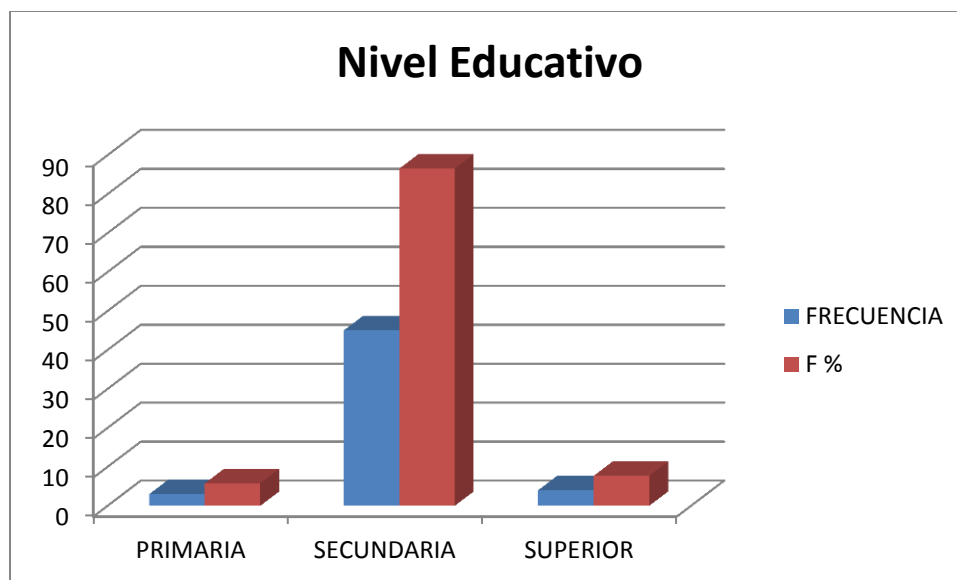


Ilustración 2. Nivel Educativo

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

Se puede ver que el 86% tienen un nivel secundario, un 7% están iniciando un nivel superior y un 5% aún están en primaria.

Por cuestiones del embarazo algunas de las chicas se han visto en la obligación de abandonar sus estudios o suspender por el momento su carrera por las muchas complicaciones desde la institución educativa que no les niegan la matrícula pero tampoco les dejan continuar estudiando.

Tabla 5. Tipo de Familia

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	F %
Nuclear	16	30.77
Monoparental	22	42.31
Madre Soltera	14	26.92
Total	52	100.00

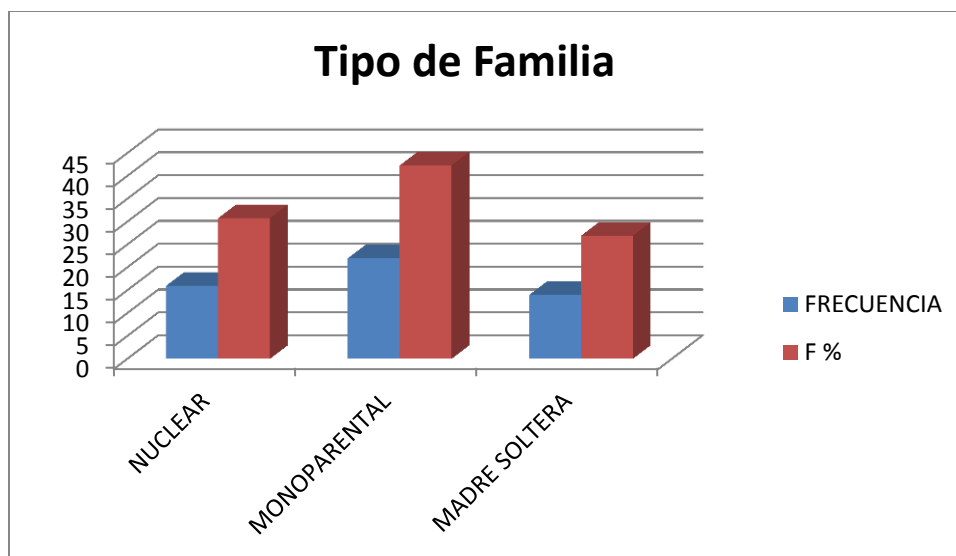


Ilustración 3. Tipo de Familia

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

Podemos observar que el 42% corresponde al tipo Monoparental, un 30% se encuentran en una familia nuclear y solo un 26% provienen de un hogar con madre soltera

La ausencia de una de las figuras paternas puede influenciar a que los adolescentes empiecen sexualidad a menor edad refugiándose en los pares quienes no pueden ser las mejores referencias y ejemplo a seguir.

Tabla 6. Condición Social

CONDICIÓN SOCIAL	FRECUENCIA	F %
Alta	10	19.23
Media Alta	14	26.92
Media Baja	18	34.62
Baja	10	19.23
Total	52	100.00

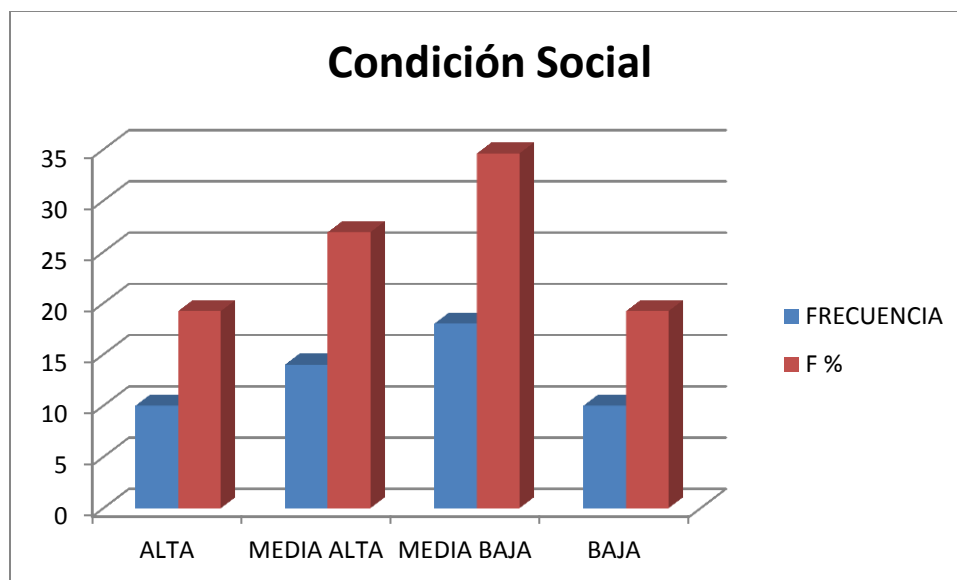


Ilustración 4. Condición Social

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la tabla se puede ver 34% que tienen un nivel socio- económico medio bajo, el 26% se encuentra en un nivel Medio Alto, y con un 19% cada uno están el nivel Alto y bajo.

La situación económica baja solo facilita el paternalismo y a la comodidad de las personas el buscar un refugio y huir de su situación real a la que se enfrenta día a día, la falta de información o la sobre saturación de mala información que les llega a través de sus pares

Tabla 7. Estado de Ánimo Ansioso

Estado de Ánimo Ansioso	FRECUENCIA	F %
Ausente	16	30,77
Leve	20	38,46
Moderado	6	11,54
Grave	8	15,38
Muy Grave /Incapacitante	2	3,85
TOTAL	52	100,00

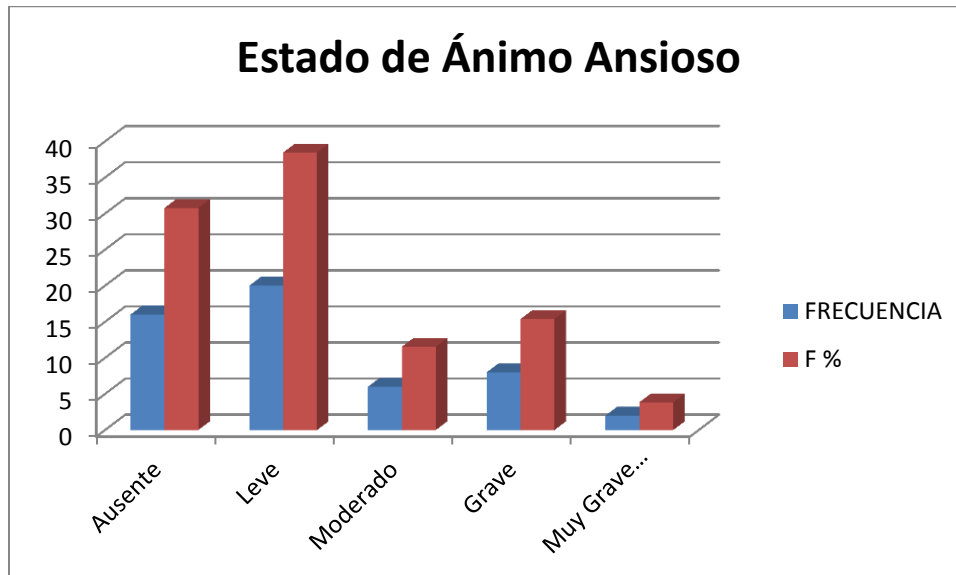


Ilustración 5. Estado de Ánimo Ansioso

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 38,46% de las adolescentes presenta un estado de ánimo ansioso leve, el 30,77% no presenta niveles de ansiedad, con niveles graves existe un 15,38%, con signos moderados encontramos un 11.54%, y con un 3,85% se encuentran las adolescentes que presentan niveles muy graves/ Incapacitante.

En el momento en que las adolescentes se enteran de la llegada de un bebe en su vida presenta varios signos entre los cuales se encuentra el estado de ánimo ansioso entrando en un periodo de negación encubriendo las verdaderas sensaciones y mostrándolo como algo menor todo lo que van a enfrentar en sus vidas.

Tabla 8. Tensión

Tensión	FRECUENCIA	F %
Ausente	12	23,08
Leve	17	32,69
Moderado	12	23,08
Grave	9	17,31
Muy Grave /Incapacitante	2	3,85
TOTAL	52	100,00

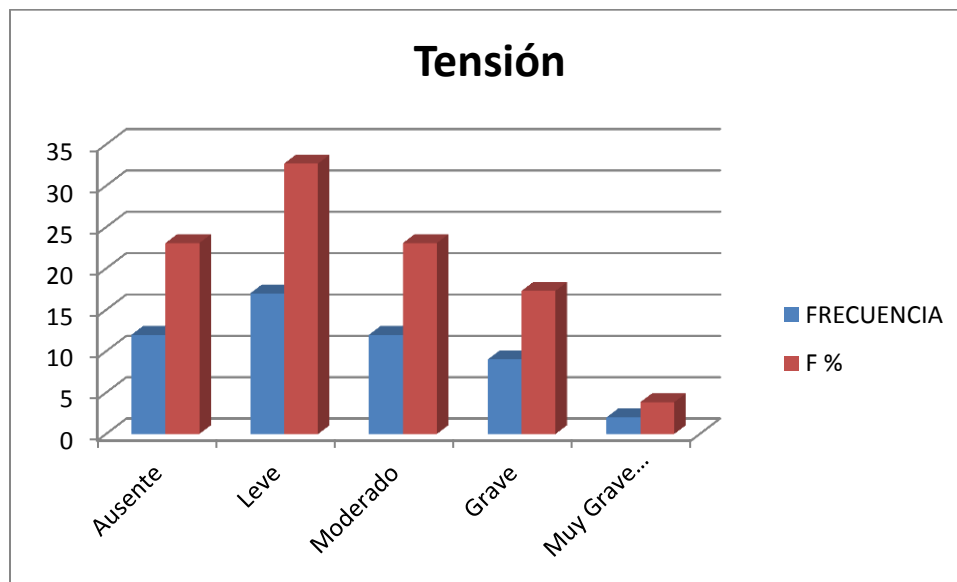


Ilustración 6. Tensión

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se puede observar que el 32,69% presenta niveles de tensión leves, con un 23,08% cada uno niveles ausentes y moderados, el 17,31% están en niveles graves y el 3,85% se encuentra en el nivel de muy grave /Incapacitante.

En la etapa de la adolescencia la relajación se traduce a salir a disfrutar con sus amigos, bailar y no pensar en nada, el estar esperando un bebe solo representa tensión en el momento de contarles a los padres de cada uno, en el primer trimestre de embarazo no representa la realidad ya que el embarazo en esas

instancias no se nota pero algunos síntomas como falta de aire, estado de alerta continua, mentiras y cambios en la rutina normal son alertas de cambios en el adolescente.

Tabla 9. Temores

Temores	FRECUENCIA	F %
Ausente	29	55,77
Leve	9	17,31
Moderado	10	19,23
Grave	4	7,69
Muy Grave /Incapacitante	0	0,00
TOTAL	52	100,00

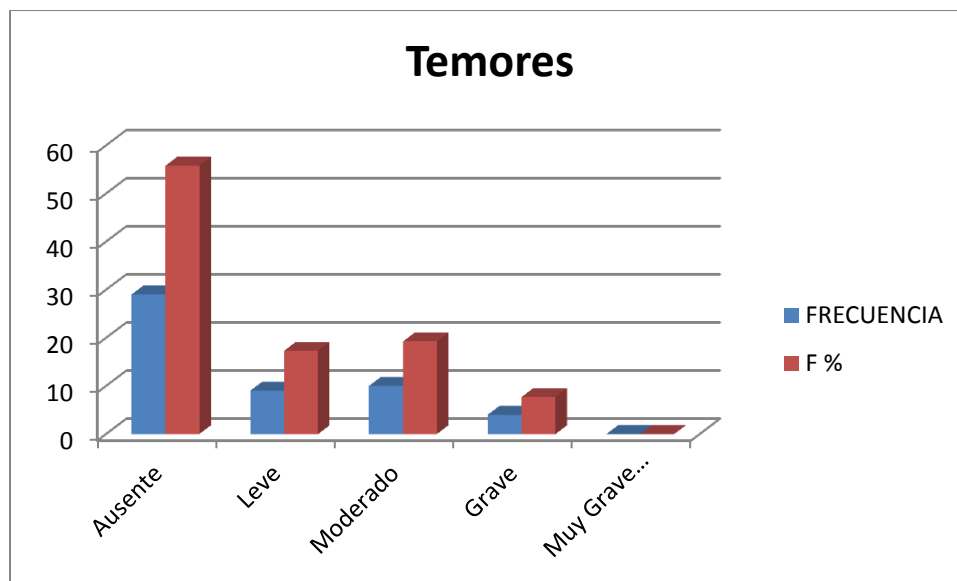


Ilustración 7. Temores

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se puede observar que el 55,77% no presenta ningún temor, el 19,23% se encuentra en niveles moderados, con signos leves de temor se encuentra un 17,31%, con un valor de 7,69% se encuentran los niveles graves de temor y con un valor nulo se encuentra el nivel muy grave.

El temor más grande en la adolescencia es a quedarse solo sin apoyo de los pares, sin los consejos de los amigos, al no ser aceptadas por su familia y el no saber qué hacer por su futuro en esa etapa es el único que importa, cualquier otro problema toma una insignificancia de cero en la vida actual

Tabla 10. Insomnio

Insomnio	FRECUENCIA	F %
Ausente	10	19,23
Leve	19	36,54
Moderado	12	23,08
Grave	6	11,54
Muy Grave /Incapacitante	5	9,62
TOTAL	52	100,00

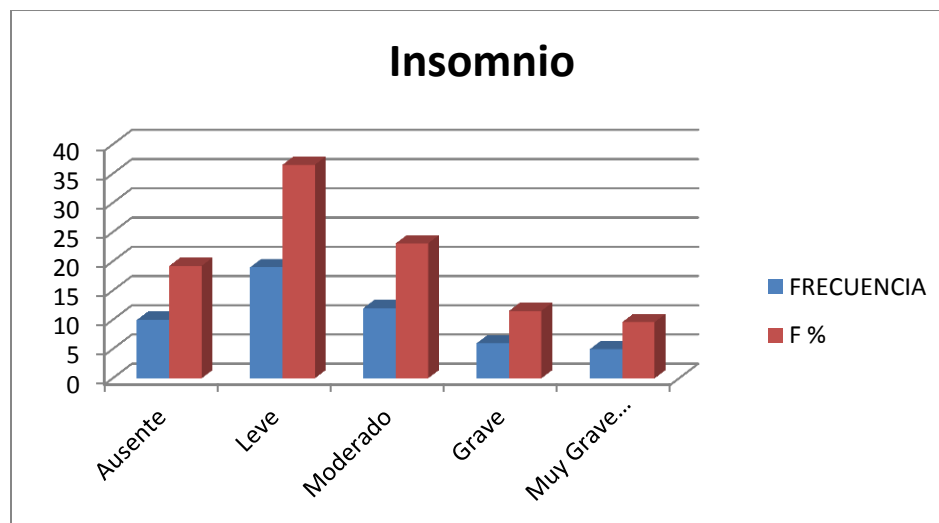


Ilustración 8. Insomnio

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

Se observa en la investigación con un 36,54% un nivel leve, el 23,08% se encuentra en un nivel moderado, el 19,23% no presentan ningún signo de Insomnio o problemas del sueño, el 11,54% si presentan problemas a un nivel grave y con un valor pequeño el 9,62% siendo este muy grave/Incapacitante.

En el primer trimestre del embarazo el descanso es primordial para no interrumpir el desarrollo del Sistema Nervioso Central, el no poder conciliar el sueño es el resultado de las dudas y los miedos que representa tener un bebe a tan corta edad, la mayoría de las adolescentes consideran que mientras más tarde duermen mejor se sienten en el colegio al día siguiente.

Tabla 11. Intelectual Cognitivo

Intelectual (Cognitivo)	FRECUENCIA	F %
Ausente	17	32,69
Leve	17	32,69
Moderado	5	9,62
Grave	9	17,31
Muy Grave /Incapacitante	4	7,69
TOTAL	52	100,00

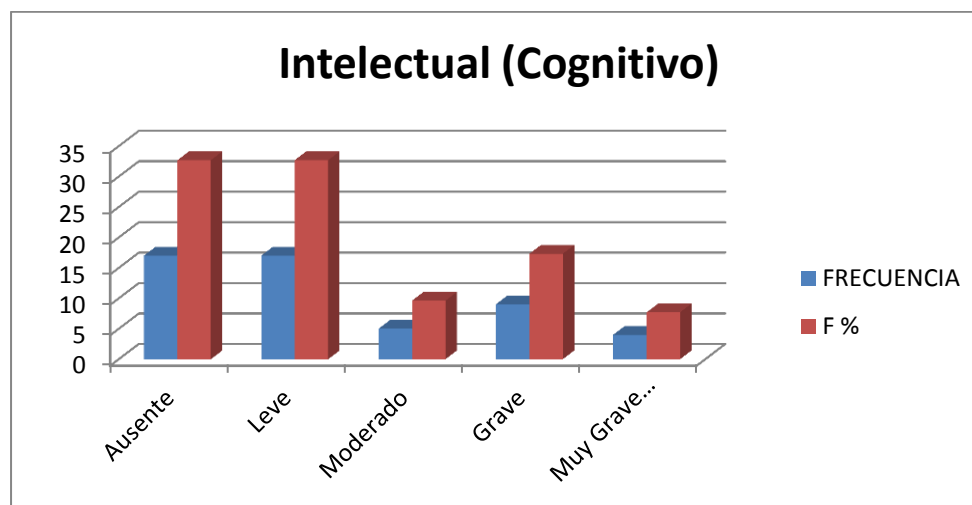


Ilustración 9. Intelectual (Cognitivo)

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que compartiendo un 32.69% se encuentran los niveles ausente y leve, el 17,31% presentan signos graves, con niveles moderados se encuentra el 9,62%, y con un valor poco significativo siendo el 7,69% Muy grave/Incapacitante

Los pensamientos recurrentes por los miedos y temores que tienen las adolescentes impiden que se concentren eso hace que su nivel intelectual baje y su memoria a corto plazo disminuya notablemente, por esconder el embarazo se descuida mucho el consumo del ácido fólico para el correcto desarrollo de tubo neural por el miedo que descubran el embarazo

Tabla 12. Estado de Ánimo Deprimido

Estado de Ánimo Deprimido	FRECUENCIA	F %
Ausente	13	25,00
Leve	13	25,00
Moderado	16	30,77
Grave	7	13,46
Muy Grave /Incapacitante	3	5,77
TOTAL	52	100,00

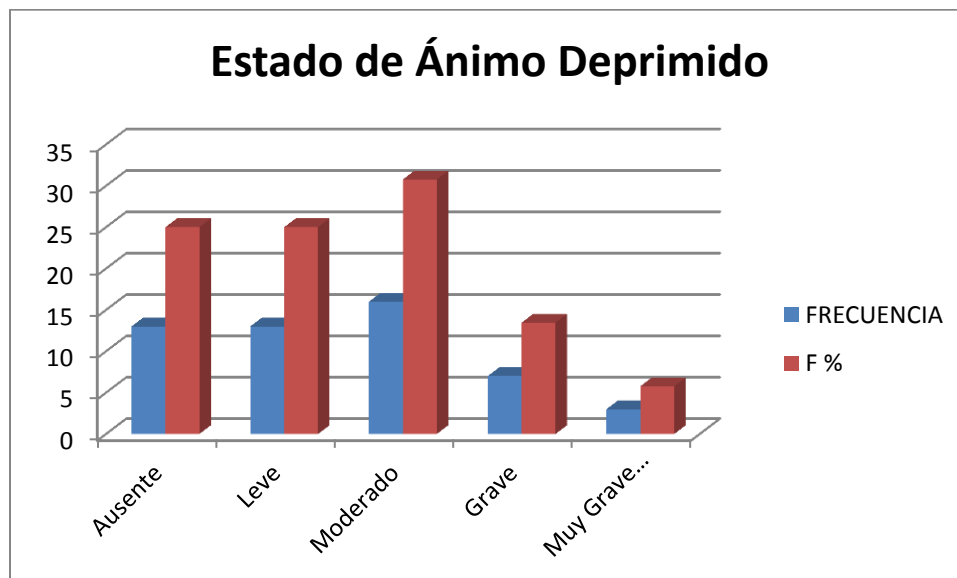


Ilustración 10. Estado de Ánimo Deprimido

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

Se observa en la investigación con un valor de 30,77% niveles graves de estado de ánimo deprimido, compartiendo un 25% se encuentran los niveles ausente y leve, con un 13,46% ya presentan signos Graves, y con un 5,77% Muy Grave/Incapacitante

La llegada de un bebe no planificado cambia la vida de toda mujer y al ser adolescente cambia mucho más, el saber que tu vida va a cambiar y el flujo hormonal del periodo hace que las adolescentes se sientan tristes en exceso y no puedan solucionar los problemas respondan agresivamente ante ellos.

Tabla 13. Síntomas Somáticos Generales Musculares

Síntomas Somáticos Gral. muscular	FRECUENCIA	F %
Ausente	20	38,46
Leve	9	17,31
Moderado	13	25,00
Grave	7	13,46
Muy Grave /Incapacitante	3	5,77
TOTAL	52	100,00

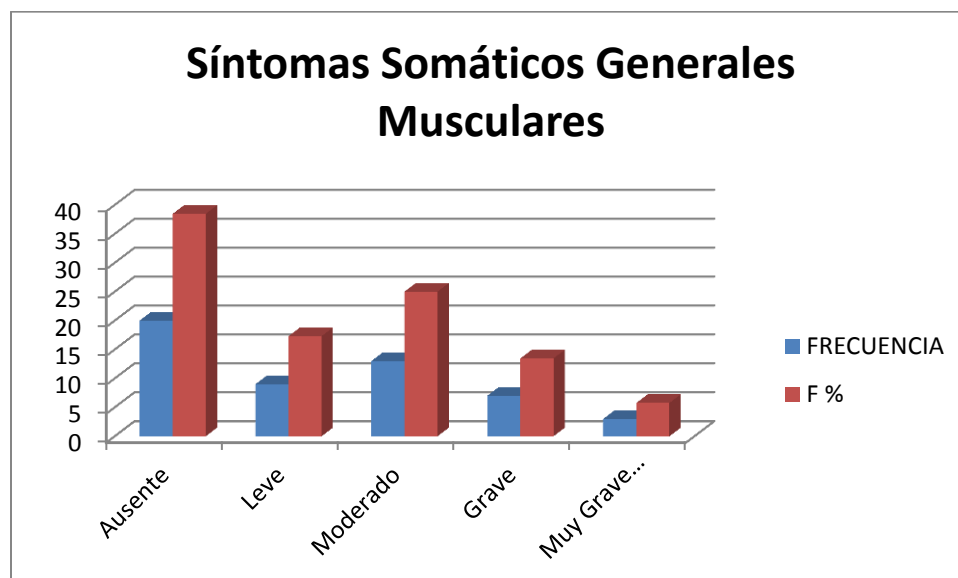


Ilustración 11. Síntomas Somáticos Generales Musculares

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

Podemos observar que con un 38.46% se encuentran en niveles ausentes, el 25% presentan signos moderados de síntomas somáticos musculares, en un nivel leve se encuentran 17,31% de las adolescentes investigadas, con un 13,46% muestran niveles graves en sus síntomas, y el 5,77% de las adolescentes presentan un nivel Muy Grave/Incapacitante.

El embarazo trae consigo varios síntomas corporales que toda mujer tiene que pasar y muchas veces las molestias no se hacen presentes y si lo hacen de tal manera que la mujer las pueda confundir con dolores musculares rutinarios por pasar mucho tiempo sentadas en el colegio, dolor de piernas por ejercitarse o después de mucho tiempo de no hacerlo.

Tabla 14. Síntomas Somáticos Generales Sensoriales

Síntomas Somáticos Gral. sensorial	FRECUENCIA	F %
Ausente	18	34,62
Leve	13	25,00
Moderado	13	25,00
Grave	5	9,62
Muy Grave /Incapacitante	3	5,77
TOTAL	52	100,00

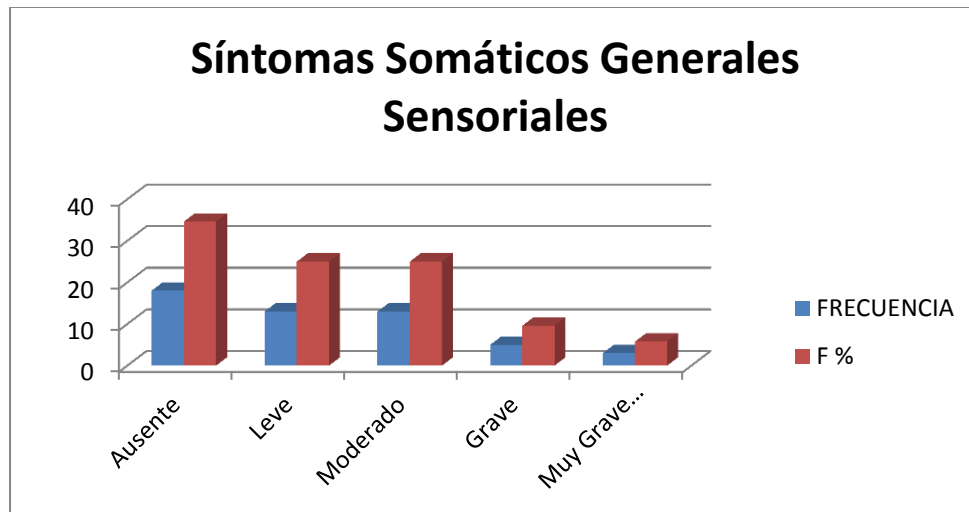


Ilustración 12. Síntomas Somáticos Generales Sensoriales

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación con un valor de 34,62% se encuentran adolescentes sin algún tipo de síntoma, compartiendo el 25% los niveles Leve y Moderado, con un 9,62% de las adolescentes en un nivel Grave y con 1 5,77% un nivel Muy Grave/Incapacitante.

En el primer trimestre del embarazo se presentan varios tipos de síntomas que pueden confundirse con los que se presentan en un estado ansioso, situación por la cual en la investigación se refleja que encuentran ausentes y con valores muy menores se reconocen los síntomas.

Tabla 15. Síntomas Cardiovasculares

Síntomas Cardiovasculares	FRECUENCIA	F %
Ausente	21	40,38
Leve	11	21,15
Moderado	10	19,23
Grave	8	15,38
Muy Grave /Incapacitante	2	3,85
TOTAL	52	100,00

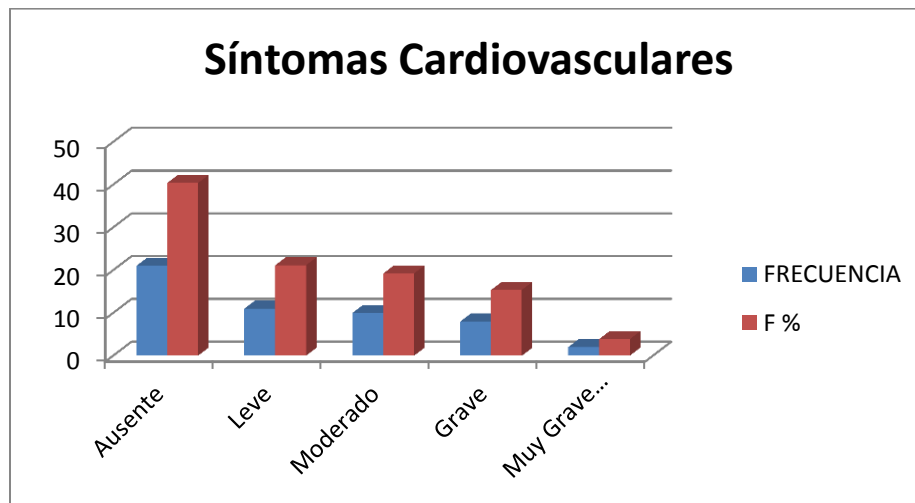


Ilustración 13. Síntomas Cardiovasculares

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

Se observa en la investigación que con un 40,38% de las adolescentes no presentan algún tipo de síntoma, el 21,15% presentan síntomas leves, en el 19,23% se encuentran señoritas con un nivel Moderado, ya mostrando más complejidad con un nivel Grave están 15,38%, con un 3,85% menos significativo Muy Grave/Incapacitante.

Un estudio reciente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) describen un nuevo factor de riesgo de problemas cardíacos: el uso continuado de ropa demasiado ajustada que impide realizar movimientos de forma natural y que, tras llevarla durante unas cuantas horas, deja marcas en la piel. Parece ser que este tipo de indumentaria dificulta la circulación sanguínea venosa y aumenta el riesgo de edemas.

Tabla 16. Síntomas Respiratorios

Síntomas Respiratorios	FRECUENCIA	F %
Ausente	23	44,23
Leve	11	21,15
Moderado	7	13,46
Grave	8	15,38
Muy Grave /Incapacitante	3	5,77
TOTAL	52	100,00

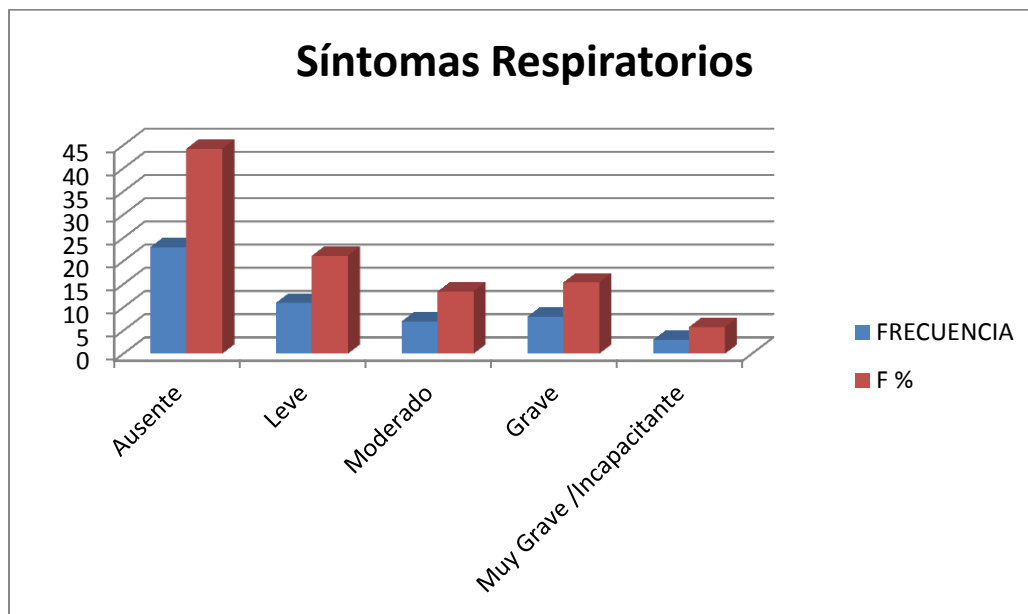


Ilustración 14. Síntomas Respiratorios

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 44,23% de las adolescentes se encuentra en un nivel Ausente de síntomas, el 21,15% presentan signos muy leves, el 15,38% se muestran en un nivel Grave, con presencias Moderadas el 13,46%, y con un 5,77% Muy Grave/ Incapacitante

En ocasiones, un embarazo oculto por la adolescente, puede provocar una tensión tan fuerte que se manifieste como dolor torácico, subida de la presión cardíaca o una opresión en el pecho que la

adolescente puede tomar como un signo mínimo por caminar mucho o practicar un deporte que hace mucho tiempo lo dejó de hacer.

Tabla 17. Síntomas Gastrointestinales

Síntomas Gastrointestinales	FRECUENCIA	F %
Ausente	18	34,62
Leve	15	28,85
Moderado	8	15,38
Grave	8	15,38
Muy Grave /Incapacitante	3	5,77
TOTAL	52	100,00

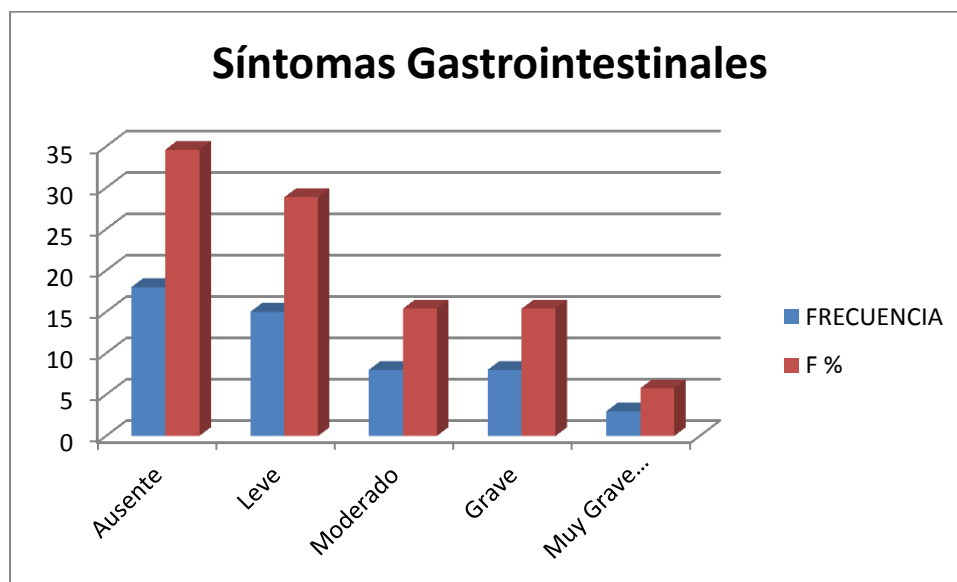


Ilustración 15. Síntomas Gastrointestinales

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se puede ver que con un 34,62% se encuentran ausentes los signos, con 28,85% presentan signos Leves, compartiendo un 15, 38% con Síntomas Gastrointestinales más notorios los niveles Moderado y Grave y con un valor menos significativo el 5,77% Muy Grave/ Incapacitante

Los cambios en la alimentación en la época de la adolescencia por varios factores puede causar problemas serios como gastritis, que por la liberación de ácidos estomacales puede producir acidez en el esófago o problemas menores como gases que impiden el poder comer, y, si se trata de un embarazo oculto el abstenerse en la comida, para no subir de peso, hace que las jóvenes no consuman los alimentos correctos.

Tabla 18. Síntomas Genitourinarios

Síntomas Genitourinarios	FRECUENCIA	F %
Ausente	25	48,08
Leve	6	11,54
Moderado	10	19,23
Grave	7	13,46
Muy Grave /Incapacitante	4	7,69
TOTAL	52	100,00

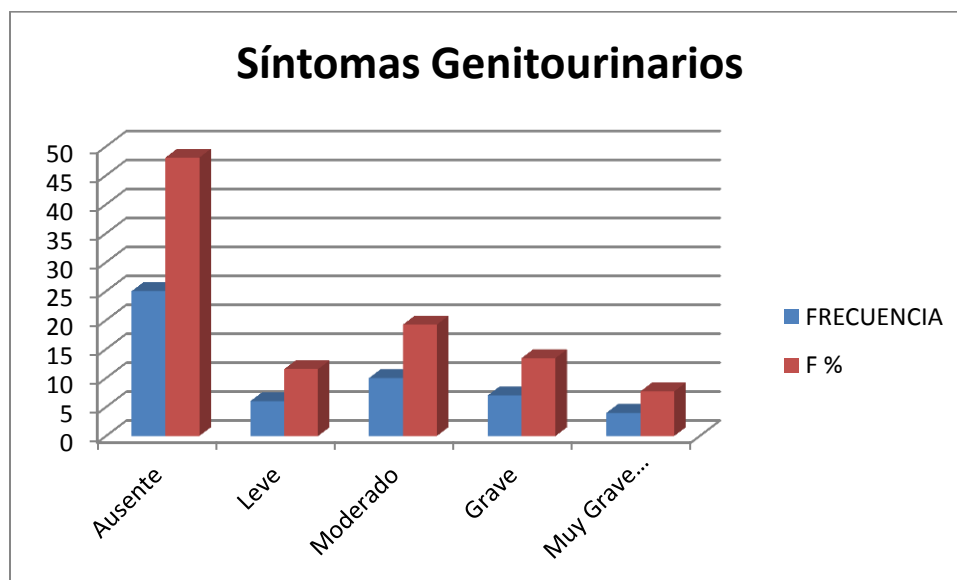


Ilustración 16. Síntomas Genitourinarios

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

Se puede observar que con un 48,08% no presentan ningún síntoma genitourinario, con el 19,23% los síntomas son Moderados, en un nivel Grave se encuentra el 13,46%, ocupando el 11,54% adolescentes que están en un peldaño Leve, y con un 7,69% se encuentran muy Grave e Incapacitante

Muchas de las madres no se enteran que están embarazadas hasta la 8va. semana y es por eso que los riesgos de una infección son muchos más graves que los de una adolescente, el riesgo de una Infección de Transmisión Sexual, y el uso de métodos anticonceptivos que afectan al feto si se siguen usando durante el embarazo, y solo con un tratamiento adecuado se pueden manejar debidamente.

Tabla 19. Síntomas Autónomos

Síntomas Autónomos	FRECUENCIA	F %
Ausente	13	25,00
Leve	14	26,92
Moderado	9	17,31
Grave	13	25,00
Muy Grave /Incapacitante	3	5,77
TOTAL	52	100,00

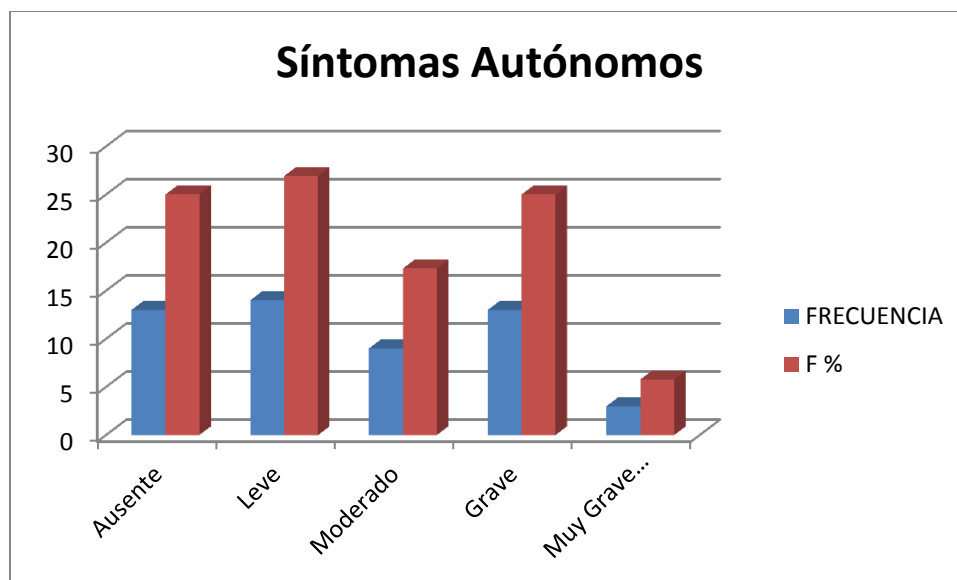


Ilustración 17. Síntomas Autónomos

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se ve que con el 26,92% se encuentran adolescentes que presentan síntomas leves, compartiendo el 25% se encuentran Ausente y Grave, con un 17,31% un nivel Moderado y con un 5,77% se encuentran Muy Graves e Incapacitante

Al ocultar un embarazo las adolescentes tienden a estar más alerta a las situaciones a las que se encuentren expuestas y es por eso que siempre sus respuestas van a estar a la defensiva, y al estar expuesta a mucho estrés, se puede presentar cefaleas muy fuertes y duraderas.

Tabla 20. Comportamiento durante la Entrevista

Comportamiento Entrevista	FRECUENCIA	F %
Ausente	22	42,31
Leve	13	25,00
Moderado	9	17,31
Grave	6	11,54
Muy Grave /Incapacitante	2	3,85
TOTAL	52	100,00

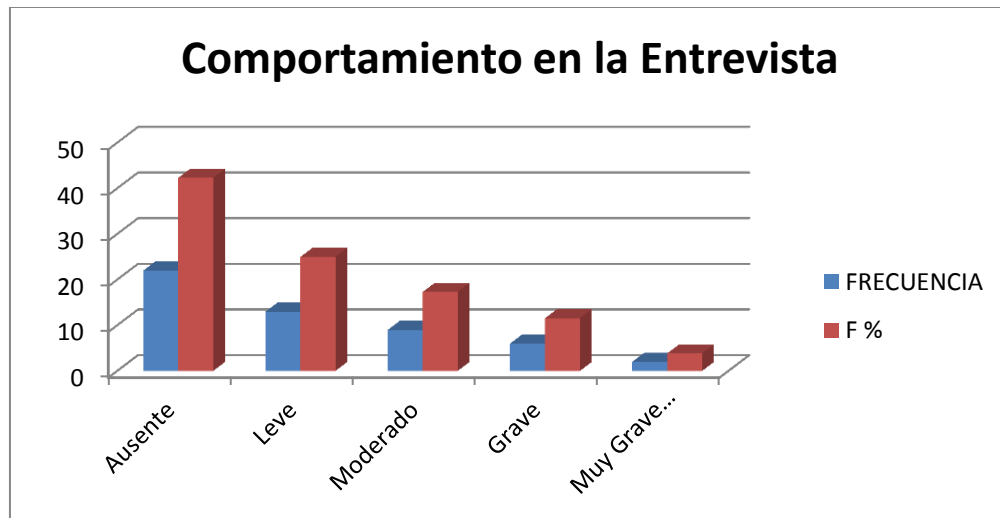


Ilustración 18. Comportamiento Durante la Entrevista

Tomado: Test de Hamilton

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se demuestra que un 42,31% de las adolescentes estuvieron muy tranquilas durante la entrevista, el 25% presento niveles Leves, el 17,31% se mostró Moderadamente nerviosa, en un 11,54% estaban en el peldaño Grave de los Síntomas, y, con un valor menos significativo un 3,85% se presentaron muy Graves e Incapaces de hacerlo por ellas mismas

Después de haber pasado por un periodo de estrés y emociones fluctuantes las adolescentes demuestran que el periodo en que están involucradas es más fácil sobrellevar cuando tienen apoyo de alguien que cuenta con la suficiente madurez como para que se puedan apoyar en las personas, sin embargo, las que aún no cuentan con un apoyo fortalecedor mantienen una preocupación respecto a su estado.

Tabla 21. Irritable o Preocupada

Irritable/Preocupada	FRECUENCIA	F %
Ausente	6	11,54
Leve	25	48,08
Moderado	14	26,92
Incapacitante	7	13,46
TOTAL	52	100,00

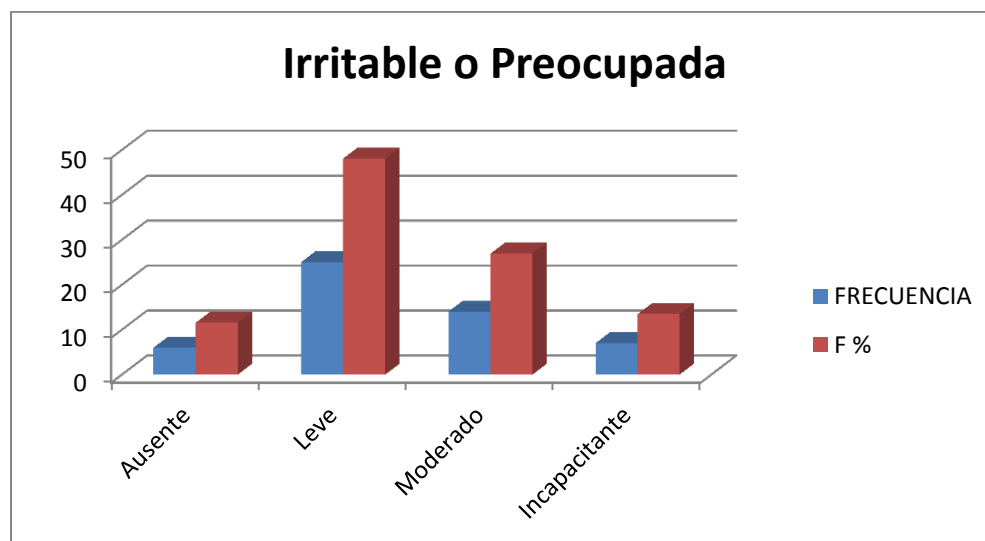


Ilustración 19. Irritable o Preocupada

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

La investigación demuestra que el 48,08% de las adolescentes ha experimentado síntomas en un nivel leve, con un poco más de intensidad en un nivel moderado el 26,92%, el 13,46% ya lo siente de una manera intolerante, el 11,54% no lo ha experimentado

Un embarazo en la adolescencia causa mucha preocupación en especial a decir la verdad a los padres o a su cuidador, o el hecho de dejar de estudiar por cuidar un ser humano que no fue planificado, el hecho de cómo poder salir adelante sin tener bases sólidas, la alteración de su medio escolar y la preocupación pueden ser el resultado de desastre.

Tabla 22. Temblores Labilidad Movimientos repetitivos

Temblores/Labilidad/Mov	FRECUENCIA	F %
Ausente	14	26,92
Leve	15	28,85
Moderado	18	34,62
Incapacitante	5	9,62
TOTAL	52	100,00

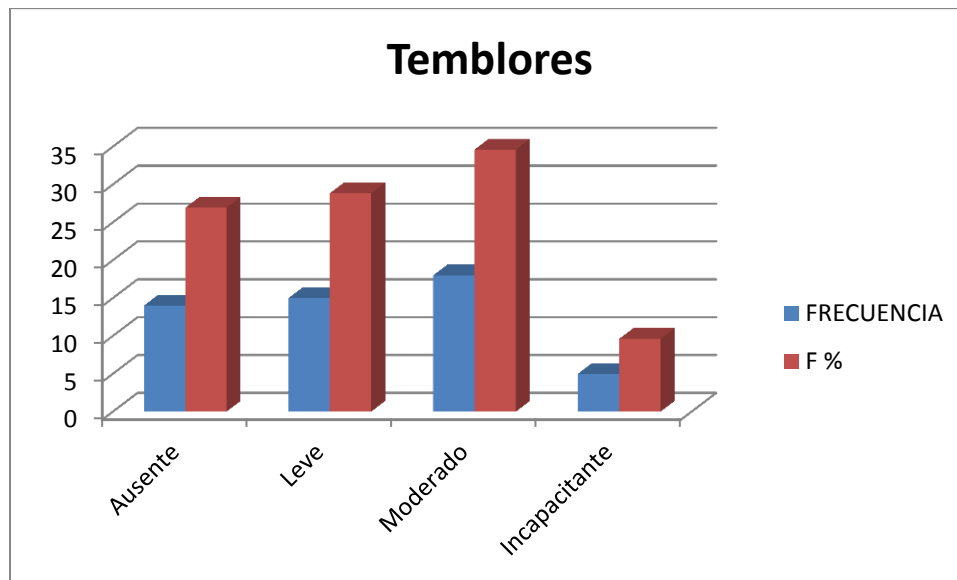


Ilustración 20. Temblores Labilidad Movimientos repetitivos

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

La investigación demuestra que el 34,62% ha presentado síntomas en un nivel moderado, con un 28,85% lo han sentido en un modo leve, el 26,92% no lo ha experimentado y un 9,62% siendo un valor menor las adolescentes que experimentan síntomas muy molestos

La mayoría de los adolescentes experimentan una secuencia de temblores musculares cuando se sienten muy nerviosas y en una minoría se presenta labilidad emocional por la liberación de hormonas, muchos de los síntomas de la depresión se pueden confundir con los síntomas más populares del embarazo como los mareos, la tristeza profunda y grados bajos de ansiedad.

Tabla 23. Miedo a la Multitud/Trafico/Oscuridad

Miedos	FRECUENCIA	F %
Ausente	18	34,62
Leve	16	30,77
Moderado	10	19,23
Incapacitante	8	15,38
TOTAL	52	100,00

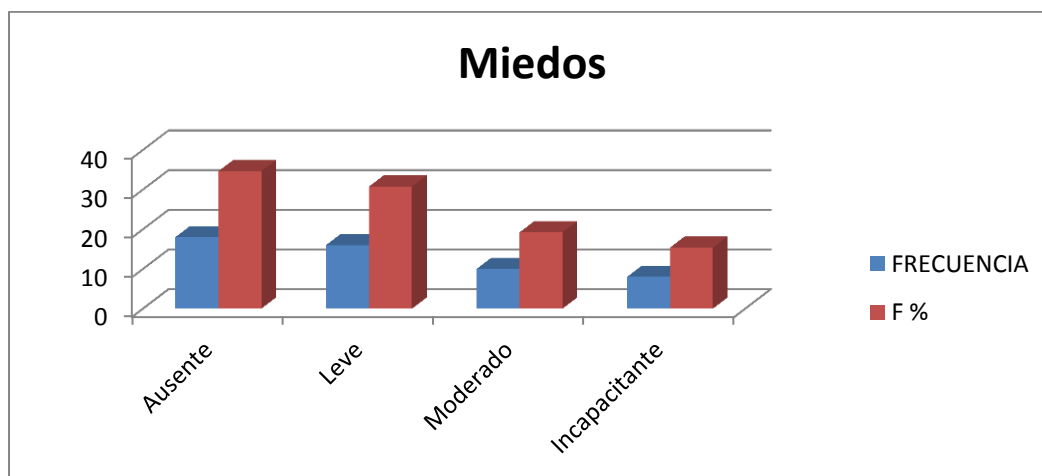


Ilustración 21. Miedo a la Multitud/Trafico/Oscuridad

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

La investigación demuestra que el 34,62% no ha experimentado ningún tipo de miedo, el 30,77% lo ha sentido leve, con el 18,23% las adolescentes que lo han sentido en con una molestia mayor y con un valor de 15,38% ya han sentido molestias que no pueden tolerar

En la pubertad se empiezan a modificar las actitudes del miedo y de la opinión social, lo único verdaderamente importante es el criterio de los pares, las adolescentes retraídas experimentan niveles más elevados, debido a su embarazo no planificado, la no aceptación en su hogar y el no saber qué hacer en su futuro.

Tabla 24. Insomnio/Cansancio/Falta de Sueño

Probl. Sueño	FRECUENCIA	F %
Ausente	8	15,38
Leve	24	46,15
Moderado	14	26,92
Incapacitante	6	11,54
TOTAL	52	100,00

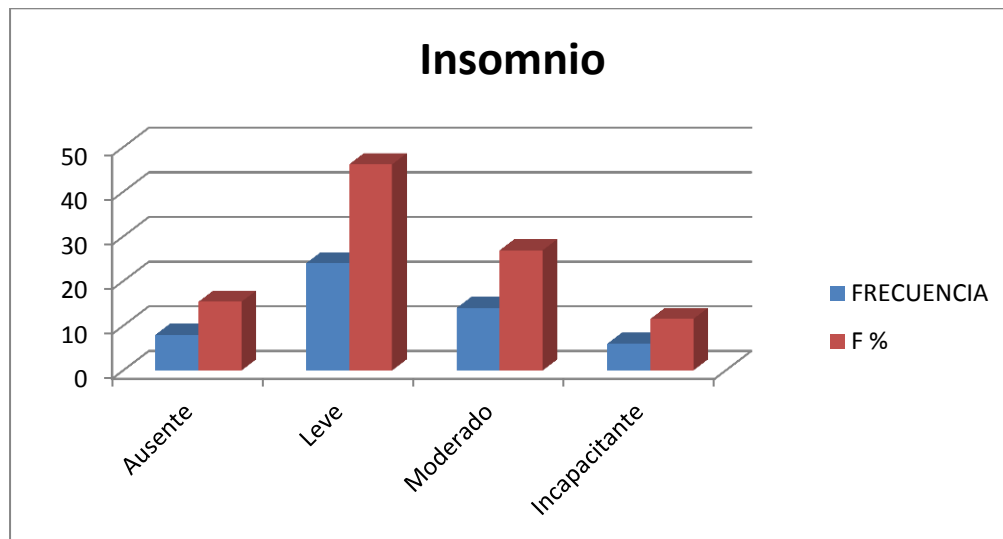


Ilustración 22. Insomnio/Cansancio/Falta de Sueño

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 46,15% de las adolescentes ha experimentado problemas leves de sueño, con problemas moderados y con una molestia mayor el 26,92%, el 15,38% no ha sentido problema alguno al tratar de dormir, y el 11,54% han dejado de dormir

En el embarazo es normal que el sueño aumente debido a que el cuerpo actúa de una manera protectora hacia la nueva vida ya que la placenta se está formando y el corazón genera más sangre, mas glóbulos rojos y late más rápido, produciendo calor al cuerpo, sin dejar atrás que la absorción de los nutrientes que necesita el feto para vivir. Causan agotamiento a la madre

Tabla 25. Cambios de Humor durante el Día

Cambios de Humor	FRECUENCIA	F %
Ausente	7	13,46
Leve	20	38,46
Moderado	18	34,62
Incapacitante	7	13,46
TOTAL	52	100,00

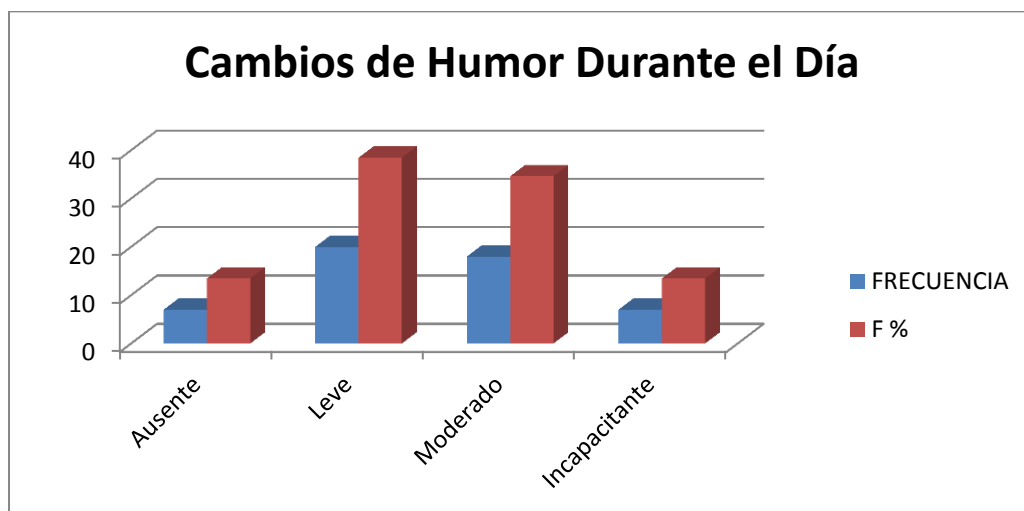


Ilustración 23. Cambios de Humor durante el Día

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 38,46% de la población ha sentido cambios de humor en un nivel leve mientras que el 34,62% lo ha sentido Moderadamente, compartiendo el 13,46% las adolescentes que no lo han sentido para nada y las que lo han sentido muy severamente.

En la adolescencia por la liberación de varias hormonas y el ambiente en el que se desarrolla cada una, los cambios de humor varían de una persona a otra, es por eso que en algunos adolescentes se presenta de distintas maneras y puede ser más expresivo

Tabla 26. Dolor y Molestia Muscular

Dolor Muscular	FRECUENCIA	F %
Ausente	9	17,31
Leve	19	36,54
Moderado	16	30,77
Incapacitante	8	15,38
TOTAL	52	100,00

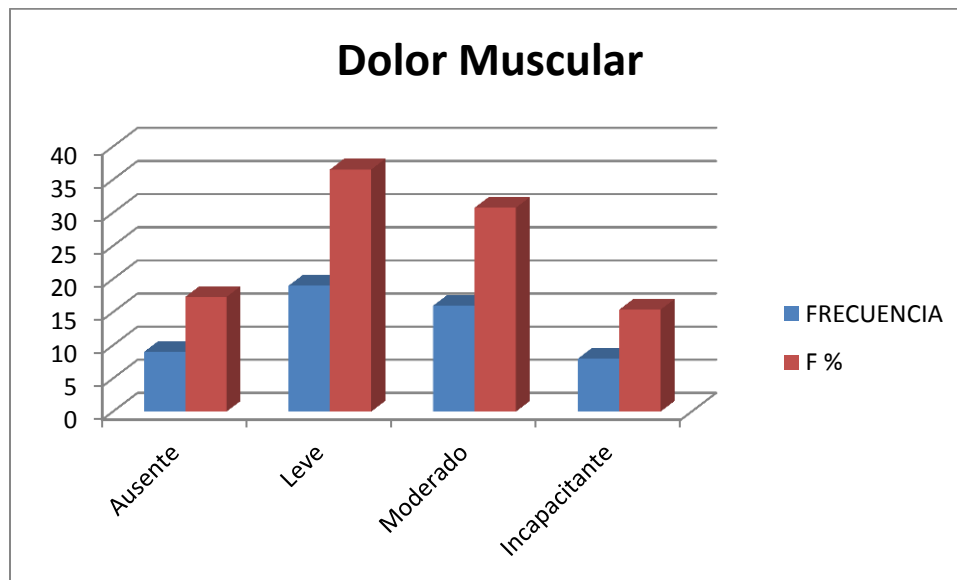


Ilustración 24. Dolor y Molestia Muscular

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 36,54% de las adolescentes han presentado levemente, el 30,77% ha sentido dolor muscular moderadamente mientras que el 17,31% no lo ha sentido en ningún momento y con un valor de 15,38% las adolescentes que no pueden soportar el dolor muscular

Durante el embarazo el primer trimestre de embarazo no se pueden observar cambios físicos significativos aunque las adolescentes ya empiezan a sentir el embarazo con dolor en los pechos y caderas debido al desplazamiento del coxis, generalmente, aunque también se puede experimentar dolor en diferentes músculos grandes como es el trapecio y el dorsal ancho.

Tabla 27. Visión Borrosa/Escalofríos/Debilidad

Visión borrosa	FRECUENCIA	F %
Ausente	13	25,00
Leve	20	38,46
Moderado	11	21,15
Incapacitante	8	15,38
TOTAL	52	100,00

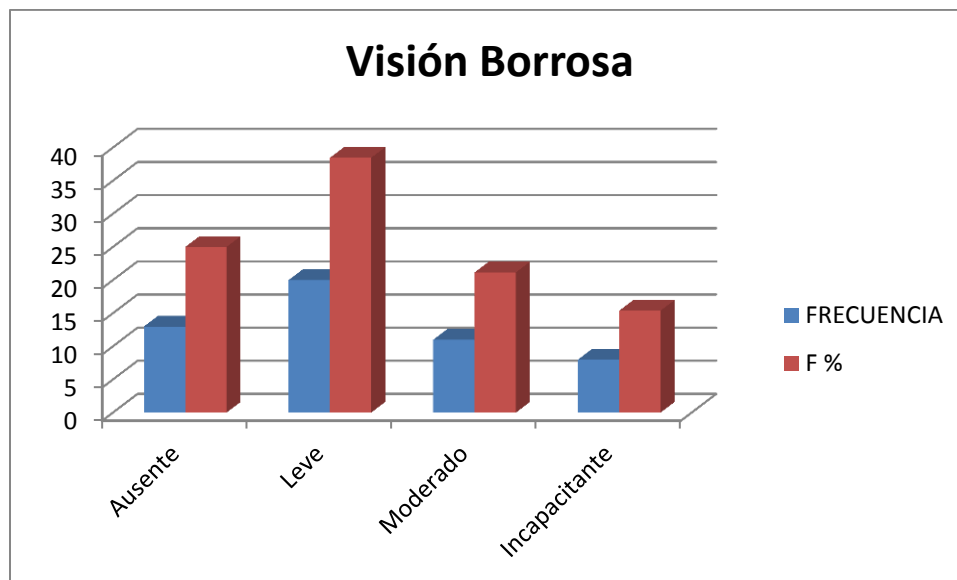


Ilustración 25. Visión Borrosa/Escalofríos/Debilidad

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 38,46% de la población encuestada ha sentido algunos de los síntomas levemente, el 25% no los ha sentido, el 21,15% ha tenido molestias moderadas y con un 15,38% la molestia es mucho mayor casi insoportable

Debido a las preocupaciones y al estrés que cada una de las adolescentes está experimentando los síntomas somáticos aparecen y se manifiestan como falta de visión o baja en la temperatura, muchos de los mencionados síntomas solo empiezan a aparecer con el paso del tiempo

Tabla 28. Palpitación/Dolor de Pecho/Desmayo

Palpitaciones	FRECUENCIA	F %
Ausente	20	38,46
Leve	9	17,31
Moderado	12	23,08
Incapacitante	11	21,15
TOTAL	52	100,00

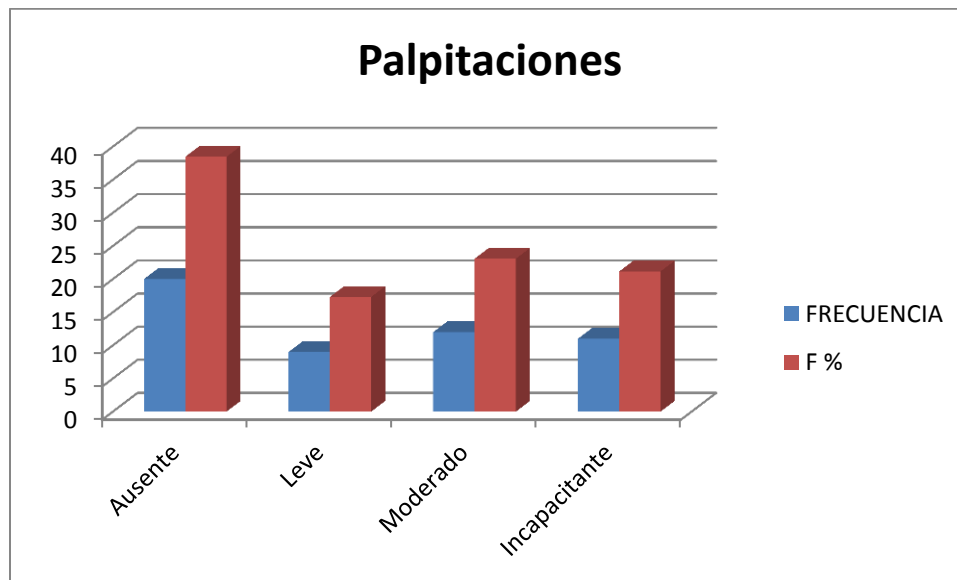


Ilustración 26. Palpitación/Dolor de Pecho/Desmayo

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 38,46% no han sentido dolor alguno de pecho, el 23,08% expresa que la molestias son moderadas, mientras que el 21,15% siente que ya no puede soportar las palpitaciones que le produce hacer cualquier cosa y con un valor menor las adolescentes que lo han sentido levemente siendo el 17,31%

La opresión en el pecho y debilidad que se presenta en las madres gestantes muchas veces se debe a los malos hábitos a los que están acostumbradas las adolescentes como dormir muy tarde, comer muy poco, por ocultar el embarazo se continua con la rutina normal sin tomar en cuenta que en el periodo que se

encuentran la alimentación tiene que duplicarse y reducir los lapsos de alimentación, deben ser más cortos y más seguidos, y el descanso son los más importante para su cuerpo.

Tabla 29. Sensación de ahogo/falta de aire/suspiros

Falta de Aire	FRECUENCIA	F %
Ausente	15	28,85
Leve	14	26,92
Moderado	10	19,23
Incapacitante	13	25,00
TOTAL	52	100,00

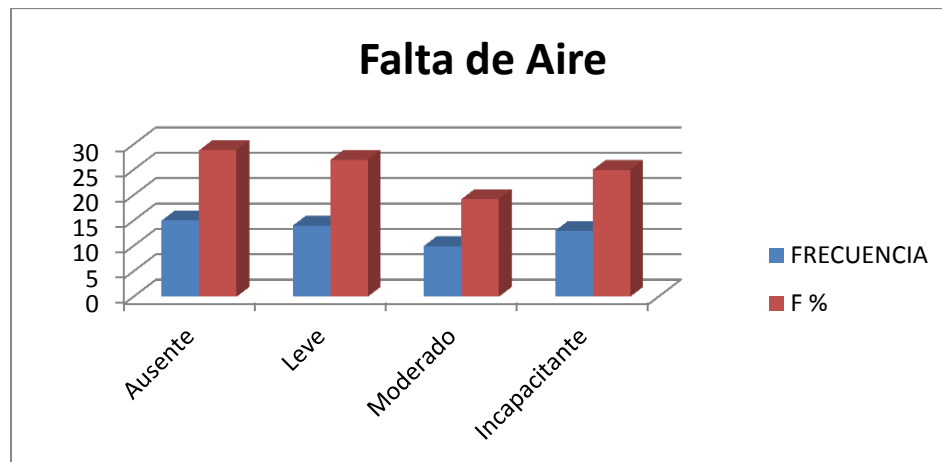


Ilustración 27. Sensación de ahogo/falta de aire/suspiros

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con 28,85% no han sentido cambio alguno de su sistema respiratorio, el 26,92% afirman que lo han sentido muy leve, con un 25% las adolescentes que ya no pueden soportar la falta de aire que le produce hacer cualquier cosa, y con un 19,23% parte de la población que lo han sentido moderadamente.

Durante el embarazo se necesita más oxígeno y tu cuerpo se debe adaptar de diferentes maneras. La progesterona afecta directamente a los pulmones y estimula el centro respiratorio en el cerebro, el número

de respiraciones por minuto aumenta y los suspiros pueden ser una manera práctica de aliviar la opresión del diafragma

Tabla 30. Dolor al comer/dificultad al tragar/estreñimiento

Dificultad para Tragar	FRECUENCIA	F %
Ausente	15	28,85
Leve	14	26,92
Moderado	10	19,23
Incapacitante	13	25,00
TOTAL	52	100,00

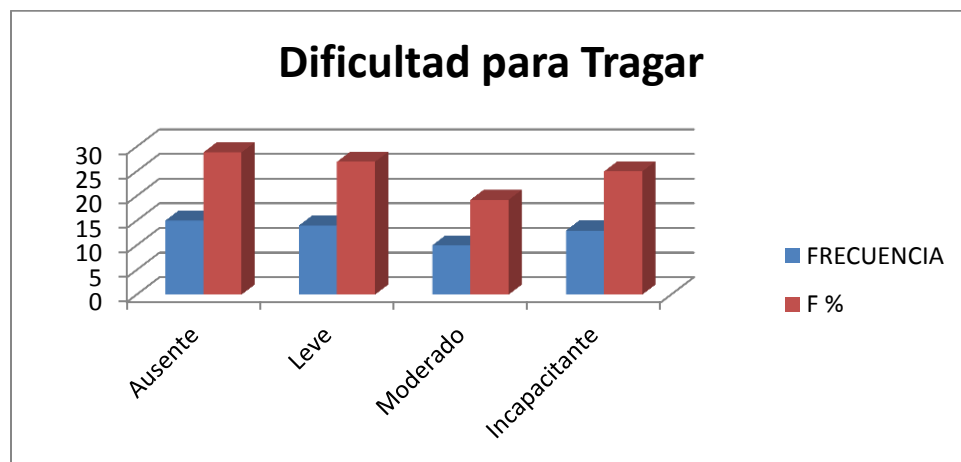


Ilustración 28. Dolor al comer/dificultad al tragar/estreñimiento

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con un 28,85% de la población no ha sentido síntoma alguno, con un 26,92% los ha sentido muy levemente, mientras que el 25% ya no puede controlar su sistema digestivo, y con un 19,23% siendo un valor menor las adolescentes que sienten molestias moderadamente

El incremento en los niveles de las hormonas propias del embarazo podría llegar a provocar las tan temidas náuseas matinales, las cuales se manifestarán mediante sensaciones de náuseas que a veces

vendrán acompañadas por vómitos. Sumado al incremento en los niveles de la hormona luteinizante o simplemente la HL y del estrógeno, al estiramiento de los músculos del útero, a la relajación de los músculos del tracto digestivo, el aumento del ácido estomacal y la dificultad para ingerir comida

Tabla 31. Boca Seca/Palidez/Sudor

Boca seca	FRECUENCIA	F %
Ausente	13	25,00
Leve	20	38,46
Moderado	11	21,15
Incapacitante	8	15,38
TOTAL	52	100,00

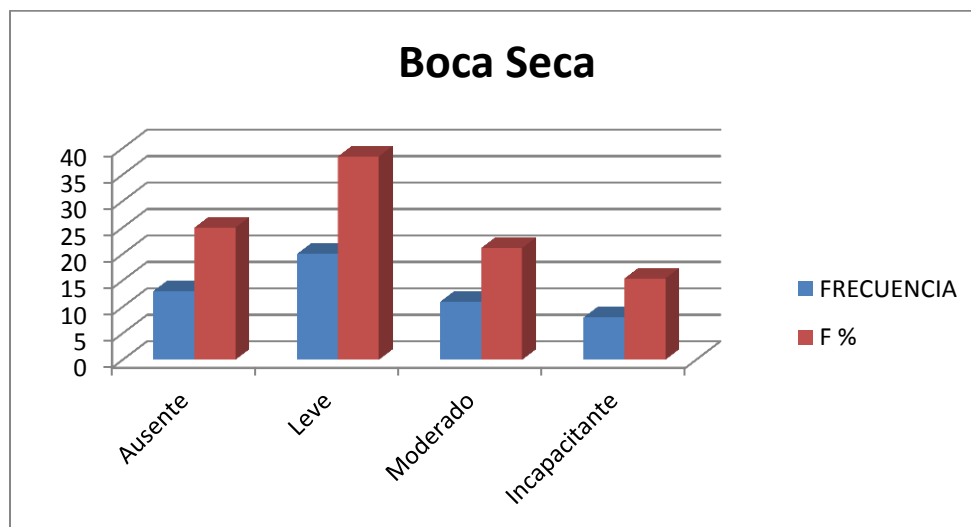


Ilustración 29. Boca Seca/Palidez/Sudor

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 38,46% ha sentido molestias leves, el 25% no ha sentido alguna diferencia en sus hábitos diarios, el 21,15% de las adolescentes han sentido molestias moderadas y con un valor de 15,38% una parte de la población que ya no puede soportar las molestias

La ingesta de líquidos como la cerveza o el vino, sustancias diuréticas en madres embarazadas, provocan micción en exceso siendo el resultado la deshidratación de la madre. En el periodo de gestación lo recomendable es ingerir más de 8 vasos de agua diarios a parte de líquidos adicionales, muchas de las adolescentes no llegan ni a tomar 3 vasos de agua y al ser el cuerpo un conjunto la sintomatología llega hasta molestias en la cabeza con un dolor intenso.

Tabla 32. No Estar Quieto/ Comer en Exceso

Comer en exceso	FRECUENCIA	F %
Ausente	15	28,85
Leve	16	30,77
Moderado	12	23,08
Incapacitante	9	17,31
TOTAL	52	100,00

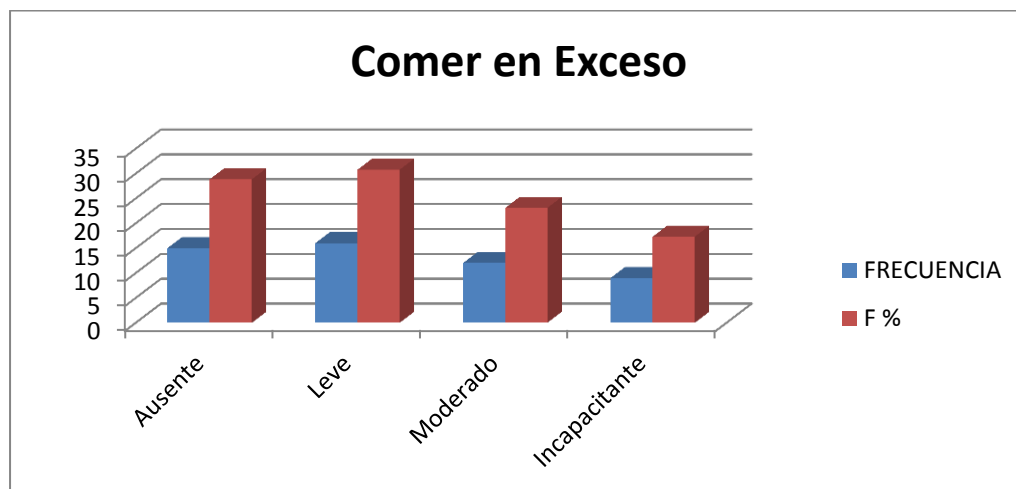


Ilustración 30. No Estar Quieto/ Comer en Exceso

Tomado: Cuestionario

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 30,77% de la población ha sentido inquietud en un nivel leve, el 28,85% no ha sentido cambio alguno, mientras que el 23,09% ha sentido molestias moderadamente y con un valor menor con el 17,31% las adolescentes que sienten que ya no pueden manejar los síntomas

La inquietud motora junto a la ingesta de alimentos en exceso es una sintomatología asociada al embarazo, y muchas de las veces se vuelven incontrolables debido a los malos hábitos alimenticios y a la preocupación de un embarazo oculto y no planificado

Tabla 33. Sentimiento de Soledad

PREGUNTA 1	FRECUENCIA	F %
Un Poco	3	5,77
Bastante	3	5,77
Si	13	25,00
Prefiero Estar Sola q Mal Acompañada	2	3,85
No	15	28,85
Vivo con Mucha Gente Que no Conozco	16	30,77
TOTAL	52	100,00

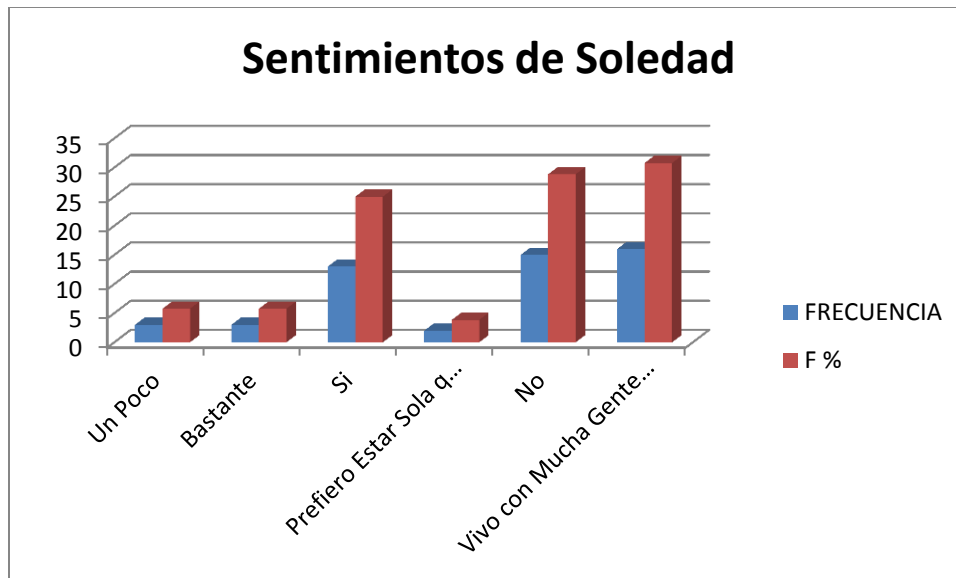


Ilustración 31. Sentimiento de Soledad

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

La investigación demuestra que el 30,77% dice vivir con muchas personas que son extrañas a ella, 28,85% No ha sentido soledad alguna, con un 25% afirma que Si se ha sentido sola, el 5,77% lo comparten las adolescentes que han sentido un poco y bastante solas y con un 3,85% las que prefieren estar solas que mal acompañadas.

El embarazo no planificado en la adolescencia hace que las madres gestantes se alejen de su medio social por miedo a los juicios y al abandono de sus pares, en algunos casos lo esconden lo más que pueden para no sentirse solas

Tabla 34. Hablas Mucho Más De Lo Normal

PREGUNTA 2	FRECUENCIA	F %
Frecuente	25	48.08
Ocasional	21	40.38
Ausente	6	11.54
TOTAL	52	100.00

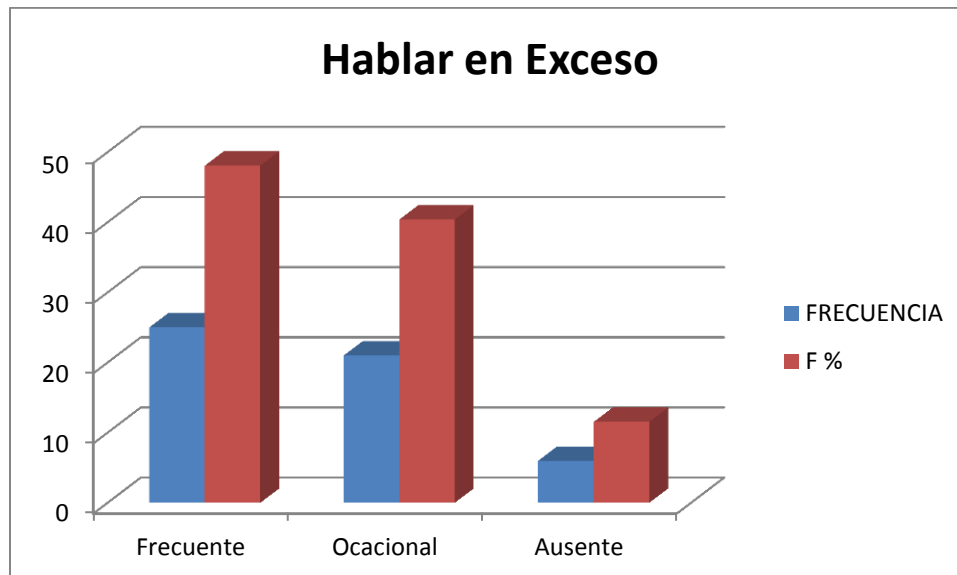


Ilustración 32. Hablas Mucho Más De Lo Normal

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con un 38,46% afirman que hablan mucho más de lo normal, el 36,54% No han visto cambio alguno, con el 9,62% lo comparten las que se consideran muy tímidas y las que siempre hablan mucho, con un 3,85% solo un poco han aumentado su lenguaje expresivo y con un valor menor de 1,92% solo hablan cuando están con gente conocida.

En la etapa la opinión de los padres es muy indiferente sin embargo en el embarazo la opinión más importante es la de los padres,

Tabla 35. Falta De Vitalidad

PREGUNTA 3	FRECUENCIA	F %
Me Duele Mucho el Cuerpo	16	30,77
El Embarazo me Tiene Mal	4	7,69
Ya no Disfruto de Nada	5	9,62
Todos Dicen que ya no Tengo que Hacer las Mismas Cosas que Antes	2	3,85
Muchas Nauseas y Mareos	10	19,23
No	15	28,85
TOTAL	52	100,00



Ilustración 33. Falta De Vitalidad

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con un 30.77% les duele mucho el cuerpo, con un 28,85% tienen la misma vitalidad que antes del embarazo, el 19,23% se sienten invadidas de náuseas y mareos, el 9,62% ya no disfruta de ninguna actividad que realiza, con un 7,69% dice que el embarazo le tiene mal y con un valor menor el 3,85% les han dicho que ya no pueden hacer las mismas cosas que hacían antes.

Aunque en las primeras semanas de embarazo no se producen cambios físicos significativos en las madres gestantes, las molestias como dolor de caderas, espalda, piernas y pequeños calambres abdominales y en el pecho sin realizar actividad alguna, siendo el resultado la falta de motivación y de energía al pensar en realizar futuras actividades.

Tabla 36. Autoestima

PREGUNTA 4	FRECUENCIA	F %
Frecuente	24	46.15
Ocasional	18	34.62
Ausente	10	19.23
TOTAL	52	100.00

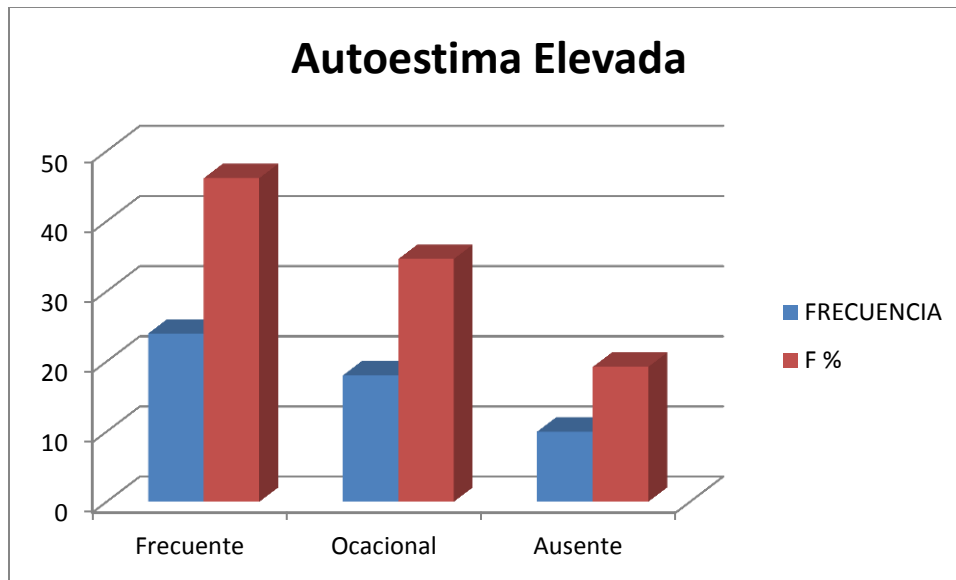


Ilustración 34. Autoestima

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 28,85% extraña a su familia, el 23,08% no ha notado cambio alguno en su autoestima, el 19,23% Si ha notado que ha aumentado su estima, el 15,38% se siente confundida, el 7,69% sigue igual que se siempre y con un valor menor siendo el 5,77% siente que ya no es la misma.

La confusión de pensamientos que produce un embarazo a corta edad, la reacción que podrían tener sus padres, la modificación en la estructura de su cuerpo y el cambio en el futuro plan de vida en la vida de un adolescente hacen que el amor y la estima propia se disminuya de una manera drástica y por el contrario en algunas adolescentes el descubrimiento del embarazo produce un descubrimiento de fuerza interna que eleva la autoestima.

Tabla 37. Muy Pocas Ganas De Socializar

PREGUNTA 5	FRECUENCIA	F %
Frecuente	26	50.00
Ocasional	18	34.62
Ausente	8	15.38
TOTAL	52	100.00

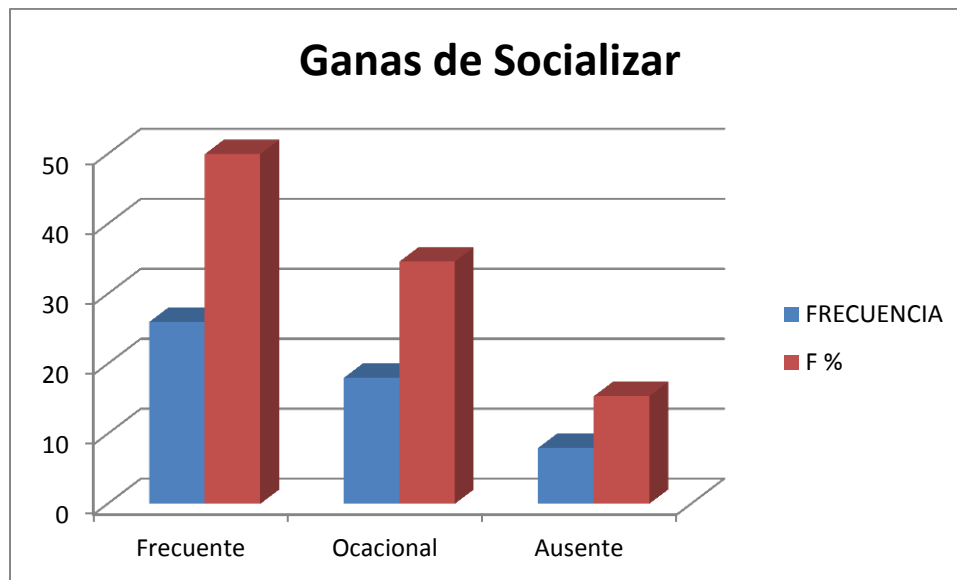


Ilustración 35. Muy Pocas Ganas De Socializar

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se demuestra que con un 26,92% extraña a sus amigos, con el 23,08% se siente sin ganas de socializar, el 19,23% siempre ha sido tímida, con un 11,54% dice no es lo mismo socializar con otras personas, el 9,62% lo comparten las adolescentes que dicen no tener problemas con el contacto social y que la gente les queda viendo mal por su estado de embarazo.

La toma de decisiones sexuales y reproductivas en el adolescente se inscriben en un complejo entramado donde tiene que ver la cultura, religión, condiciones de socialización y contexto familiar en el que cada una se desarrolla para la formación de su personalidad y siendo así la socialización puede ser limitada o abierta, la depresión o baja en el estado de ánimo hace que las ganas de hacer amigos o tener compañía disminuyan sin importar el tipo de personalidad.

Tabla 38. Muy Observada

PREGUNTA 6	FRECUENCIA	F %
Frecuente	30	57.69
Ocasional	20	38.46
Ausente	2	3.85
TOTAL	52	100.00

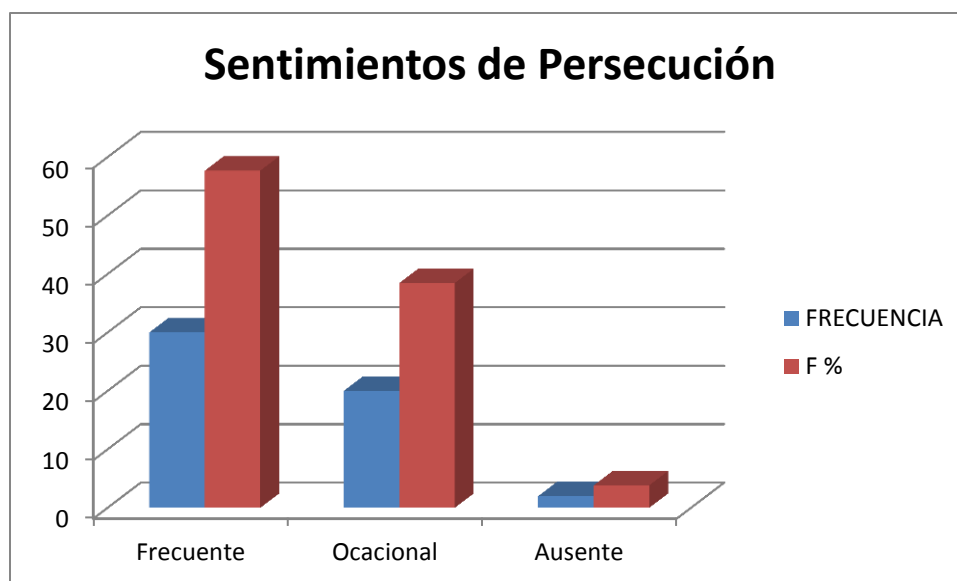


Ilustración 36. Sentimientos de Persecución

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con un 34,62% siente que todas las miradas están en ella, el 23,08% No ha sentido molestia alguna, el 19,23% desearían estar en su casa, compartiendo un 9,62% las adolescentes que dicen que les encetaría pasar durmiendo todo el día y las que dicen que les da igual lo que piense la gente, el 3,85% dice que se siente muy observada.

En la adolescencia no les importa la opinión de los padres sin embargo con un embarazo no planificado los nervios por la reacción que puedan tener los padres y consiguiente las críticas que van a recibir no solo a sus personas sino también a sus familias, afectan el desarrollo emocional de las madres gestantes.

Tabla 39. Necesidad de Apoyo

PREGUNTA 7	FRECUENCIA	F %
Me Gusta mi Privacidad	5	9,62
No	15	28,85
Solo Necesito de mi Novio	5	9,62
Extraño a mis Papás	6	11,54
Solo mis Amigos me Comprenden	3	5,77
Si	18	34,62
TOTAL	52	100,00

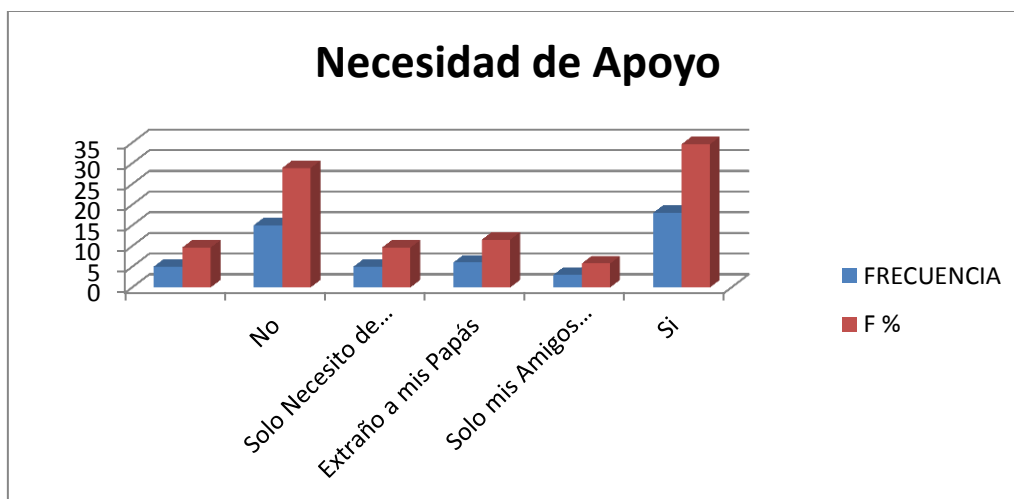


Ilustración 37. Necesidad de Apoyo

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con un 34,62% Si necesitan sentirse acompañadas, el 28,85% No les hace falta la compañía de nadie, con un 11,54% extrañan a sus padres, el 9,62% las adolescentes que necesitan solo de sus novio y las que prefieren la privacidad sobre cualquier situación y con un 5,77% solo se sienten comprendidas por sus amigos.

Debido a la condición económica en la que se encuentran las adolescentes y a nivel educativo de los padres de las mismas las reacciones ante la noticia de un embarazo pueden ser desde un apoyo por obligación hasta el rechazo de la madre gestante, por lo general el abandono de los pares es el que más afecta y por el que más se preocupan las adolescentes.

Tabla 40. Felicidad y Optimismo

PREGUNTA 8	FRECUENCIA	F %
Frecuente	18	34.62
Ocasional	24	46.15
Ausente	10	19.23
TOTAL	52	100.00

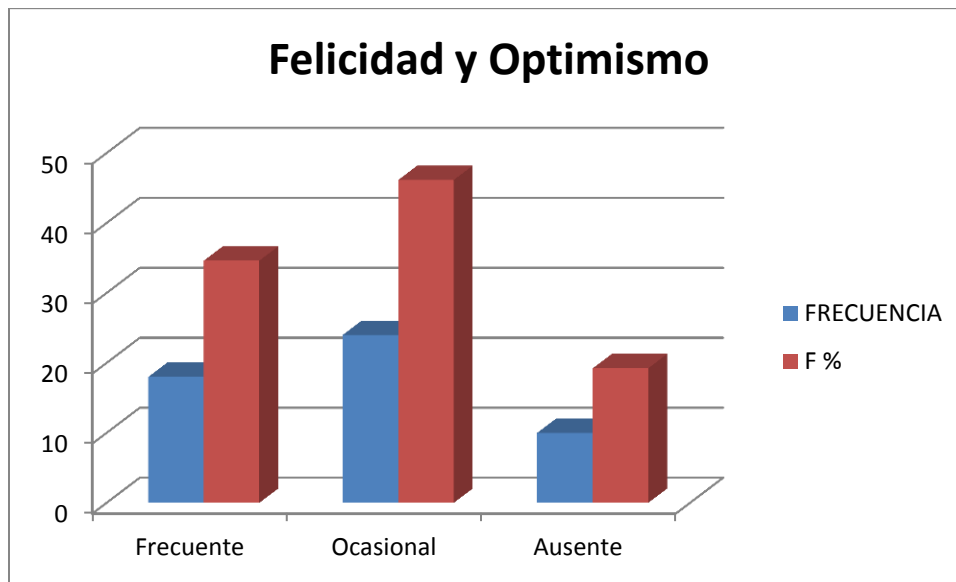


Ilustración 38. Felicidad y Optimismo

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

Se observa en la investigación que con un 28,85% las adolescentes que Si sienten que muy optimistas y felices y las que No han tenido ningún cambio en su humor, el 21,15% solo sueña con su futuro bebe, con el 7,69% las que quieren compartir con su familia lo que sienten y las que no sienten nada de felicidad porque están solitas y con un 5,77% solo un poco.

Los cambios en el estado de ánimo en el embarazo por la liberación de hormonas va desde la tristeza profunda hasta la felicidad sin motivo en un mismo día, muchas veces la falta de conocimiento del propio cuerpo y las reacciones ante algún evento hacen que escondamos las verdaderas emociones y aparentar una felicidad a una nueva experiencia como ser madres.

Tabla 41. Amigos Que Te Hacen Daño

PREGUNTA 9	FRECUENCIA	F %
La Mayoría me Dieron la Espalda	6	11,54
Quisiera irles a visitar	4	7,69
Si	12	23,08
No Tengo Amigos de Verdad	15	28,85
No Todas las Personas son Malas	10	19,23
No Tengo Amigos	5	9,62
TOTAL	52	100,00

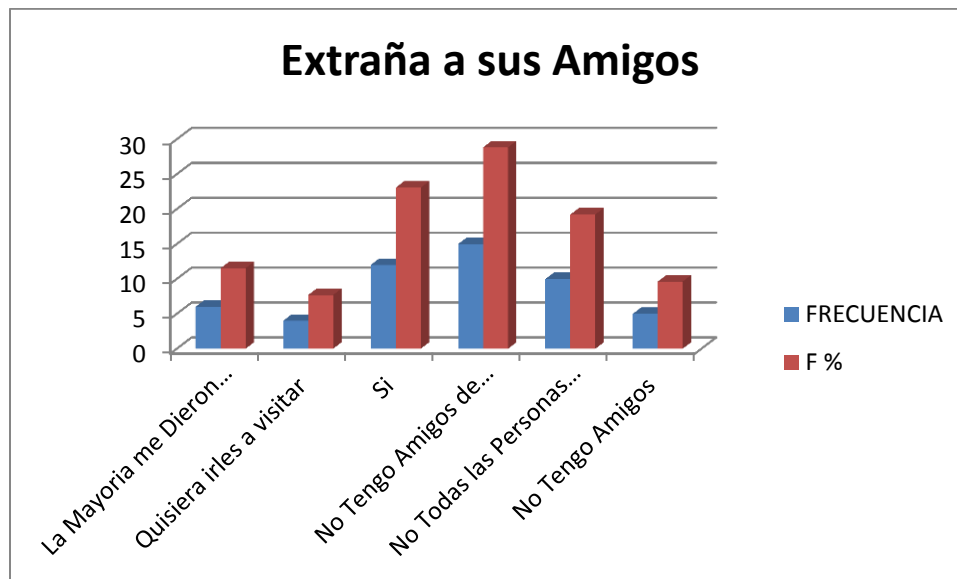


Ilustración 39. Extraña a sus Amigos Que le Hacen Daño

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que el 28,85% dice no tiene amigos de verdad, con un 23,08% si extrañan a sus amigos a pesar que les hagan daño, el 19,23% afirma que no todas las personas son iguales, con un 9,62% no tiene amigos y con el 7,69% si desearía irles a visitar a sus amigos.

El apoyo por parte de los pares en la adolescencia es lo más valorado sin embargo los intereses individuales pesan más que la amistad, y la única muestra de apoyo es una manifestación corporal sea un abrazo o una palabra de aliento, sin embargo el desarrollo social continua en cada uno y estando en gestación las madres se ven obligadas a abandonar el mundo social al que pertenecían y los amigos de aquel mundo

Tabla 42. Exceso de Ira

PREGUNTA 10	FRECUENCIA	F %
Frecuente	12	23.08
Ocasional	30	57.69
Ausente	10	19.23
TOTAL	52	100.00

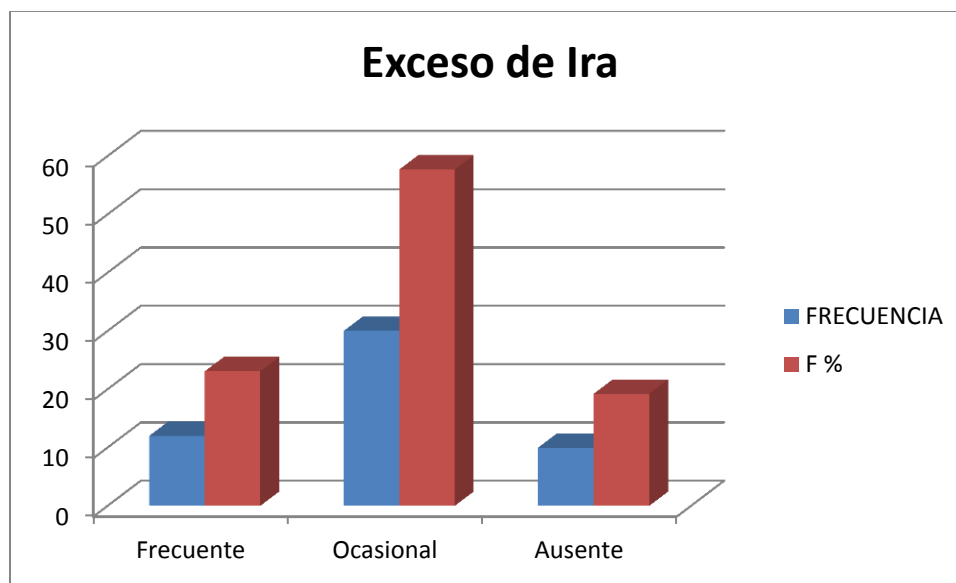


Ilustración 40. Exceso de Ira

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

En la investigación se observa que con un 23,08% están las adolescentes que se encierran y las que solo a veces golpean los objetos o personas, el 19,23% lo comparten las que prefieren salir a respirar aire y las

que No hacen nada cuando les invade la ira, con un valor de 9,62% que quieren salir de la casa de acogida y las que no son agresivas siendo estas el 5,77%.

Durante la adolescencia es muy común sentirse abrumado por la intensidad de los sentimientos o opiniones, la forma de expresar la ira y sacar las frustraciones puede dañar el proceso de contacto con el ambiente, la presencia de un evento explosivo sin saber manejarlo podría causar daño físico el embarazo obliga a las futuras gestantes a madurar su forma de pensar.

Tabla 43. Futuro

PREGUNTA 11	FRECUENCIA	F %
Trabajar Mucho	23	44,23
No sé	12	23,08
Quiero Seguir Estudiando	10	19,23
Vivir con mis Padres	7	13,46
TOTAL	52	100,00

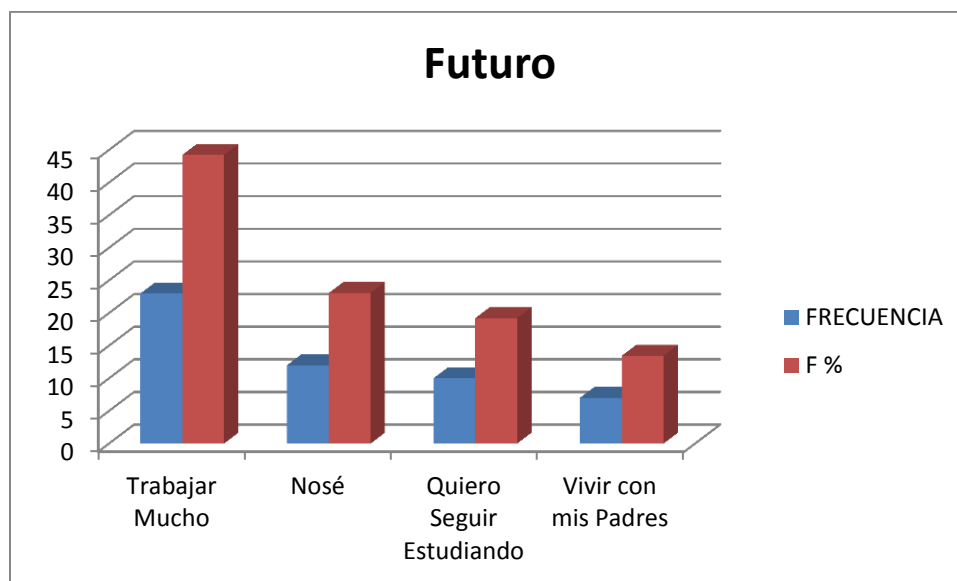


Ilustración 41. Futuro

Tomado: Entrevista

Realizado por: Andrea Ávila

Se observa en la investigación que el 44,23% va a trabajar mucho, con un 23,08% No sabe que va hacer, el 19,23% quiere seguir estudiando y el 13,46% piensan vivir con sus padres.

El embarazo no planificado en la adolescencia trae consigo varios cambios en el plan de vida, en el momento del nacimiento es la verdadera prueba de que la vida ha cambiado, muchas de las madres gestantes han despertado y visto la necesidad de abandonar sus estudios y trabajar para salir adelante, muchas otras madres gestantes piensan que sus padres van a seguir solucionando los problemas sin palpar la realidad.

El momento de la llegada del bebe, no solo te llega un hermoso ser humano sino también la responsabilidad de cuidar y protegerlo, solo el instante de tenerlo en los brazos las adolescentes despiertan del sueño de ser madres y se topan con la realidad de los sacrificios que van a tener que hacer por salir adelante con la nueva vida a su cargo, solo pueden imaginarse una parte de lo que va hacer su futura vida. Una parte pequeña de las adolescentes se apoyan al 100% de sus padres para poder seguir adelante y no cambiar su vida.

Tabla 44. Cálculo de primera hipótesis

Ausente	Primer Mes	1	2,29	0,73
Leve		3	2,69	0,04
Moderado		1	0,67	0,16
Grave		1	1,21	0,04
Muy Grave Incapacitante		1	0,13	5,56
Ausente	Segundo Mes	10	6,87	1,43
Leve		6	8,08	0,53
Moderado		2	2,02	0,00
Grave		3	3,63	0,11
Muy Grave Incapacitante			0,40	0,40

Ausente	Tercer Mes	6	7,85	0,43
Leve		11	9,23	0,34
Moderado		2	2,31	0,04
Grave		5	4,15	0,17
Muy Grave Incapacitante			0,46	0,46
				10,45

5) Decisión:

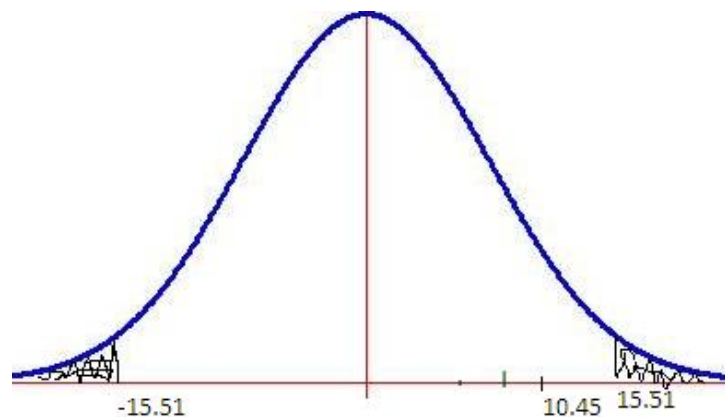


Ilustración 42. Decisión Primera Hipótesis

Como el valor es 10.45 que se encuentra en la zona de aceptación o dentro de los valores -15.51 y 15.51 queda comprobada la hipótesis que dice: “la ansiedad patológica siempre va a estar presente en el primer trimestre del embarazo”.

Muchas de las adolescentes gestantes presentan grados muy altos de ansiedad en el primer trimestre de embarazo debido a todas las preocupaciones que con lleva su estado en tan temprana edad, el cuerpo es obligado a cambiar bruscamente tanto física como psicológicamente ya que el sistema Nervioso Autónomo se activa preparando un mecanismo de lucha y el SN Parasimpático no libera correctamente los Neurotransmisores no permitiendo al cuerpo volver a su normalidad, causando un shock en la adolescente.

Tabla 45. Frecuencias segunda Hipótesis

HIPÓTESIS 2	pacientes	F	f%
Síntomas Cognitivos	12, 13, 14, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 49, 51, 52, 56, 57, 58, 64, 65, 66	30	57,69
Síntomas Afectivos	15, 16, 17, 18, 19, 22, 26, 30, 32, 35, 37, 38, 39, 44, 45, 46, 50, 53, 55, 59, 60, 61	22	42,31
TOTAL		52	100,00

Decisión:

Representación gráfica porcentual de síntomas

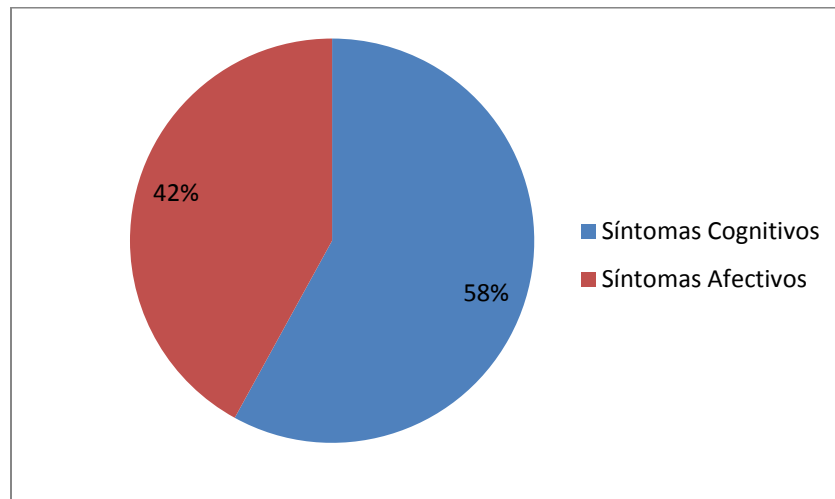


Ilustración 43. Decisión Segunda Hipótesis

La experiencia emocional que una adolescente embarazada experimenta se podría encontrar en un eje de placer y desagrado, según el grado de intensidad y como lo puedan controlar muchas de las mismas, no pueden controlar la intensidad de las emociones que empiezan a experimentar o en su lucha por esconderlo enmascaran la depresión, Se ha demostrado que varios de los síntomas cognitivos prevalecen sobre las emociones siendo así que el enmascaramiento de emociones negativas fisiológicamente son expresadas con falta de concentración, atención y disminución en la memoria de corto plazo.

Tabla 46. Cálculo de tercera Hipótesis

		fo	fe	(Fo-fe) ² /fe
AUSENTE	inicial	14	13,5384615	0,01573427
OCASIONAL		5	5,07692308	0,0011655
FRECUENTE		25	25,3846154	0,00582751
AUSENTE	durante	1	1,53846154	0,18846154
OCASIONAL		1	0,57692308	0,31025641

FRECUENTE		2	2,88461538	0,27128205
AUSENTE	parto	1	0,92307692	0,00641026
OCASIONAL		0	0,34615385	0,34615385
FRECUENTE		3	1,73076923	0,93076923
		52		2,07606061

5) Decisión:

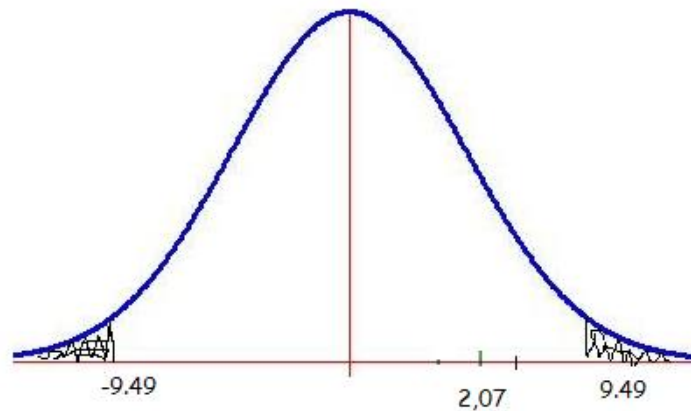


Ilustración 44. Decisión Tercera Hipótesis

Como el valor es 2,07 que se encuentra en la zona de aceptación o dentro de los valores -9.49 y 9.49 queda comprobada la hipótesis que dice: “Las fluctuaciones del estado de ánimo entre euforia y depresión son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes embarazadas”.

La mujer embarazada va a experimentar con fluidez cambios de humor normales por el desequilibrio hormonal y al ser el humano un ente social de naturaleza la necesidad a cubrir por el momento es el sentirse acompañado en una etapa completamente nueva para las madres adolescentes, algunas familias no estructuradas y con un nivel educativo bajo las abandonan por un lapso pequeño de tiempo y en otros casos el periodo entero, sin saber cómo afrontando y queriendo disimular fisiológicamente el humor empieza a cambiar variando entre una alegría desmesurada y periodos de tristeza

Análisis Y Discusión De Resultados

En el país no se han realizado muchas investigaciones relacionadas a problemas emocionales en madres adolescentes, de las pocas existentes no se han confirmado resultados, como tampoco se ha realizado una actualización ni una continuidad de los mismos.

Según los resultados arrojados por esta investigación se puede observar que el 46,15% de las madres gestantes presentan ansiedad más frecuentemente en el tercer mes de embarazo, manifestando actitudes defensivas por el miedo al daño de su integridad física con irritabilidad, tensión, temblores, evitación, entre otras actitudes impidiendo la adaptación al nuevo estilo de vida. Los síntomas cognitivos de la depresión prevalecen sobre muchos de los síntomas conocidos evitando algunos como el llanto constante, tristeza frecuente, los que son enmascarados y expresados mucho más tarde y con una muy alta intensidad, el 48,08% ha sido abandonada al compartir la noticia con sus familiares más cercanos siendo la mayoría procedente de familias disfuncionales y con un nivel educativo bajo.

CONCLUSIONES

- En el primer trimestre de embarazo el nivel de ansiedad más común lo podemos encontrar en el tercer mes con una intensidad leve entre las adolescentes embarazadas, demostrando que los mecanismos fisiológicos se ven implicados mostrando cambios significativos y mostrando a la ansiedad como un problema.
- La falta de concentración y atención y pérdida de memoria a corto plazo son los síntomas más sobresalientes en las madres adolescentes siendo la depresión una de los pocos trastornos que se pueden ocultar disimulando varios de los síntomas más conocidos como el llanto y remplazándolo con actividades de la vida diaria como la limpieza.
- La adolescencia es una etapa fundamentalmente social donde el aprendizaje, por parte de los pares, es lo primordial al verse en una situación de embarazo son obligadas a cambiar las actividades que hasta el momento ya se habían establecido en su proyecto de vida, el cambio brusco de las mismas produce tristeza y aislamiento de todos sus círculos sociales.
- Existe más prevalencia de ansiedad más que depresión siendo el primero expresado por síntomas como el miedo y la sudoración seguido por insomnio y algunas molestias musculares, a diferencia de la depresión en la que los síntomas son enmascarados y los que se pueden reconocer son los que se presentan a nivel fisiológico siendo estos la pérdida de memoria a corto plazo, atención y concentración.
- El embarazo no planificado en la adolescencia no sólo es problema social por la alta prevalencia a nivel de América Latina, a la vez es un problema en la salud física y mental siendo el aborto la primera opción a considerar con alta mortalidad por las deficientes condiciones en el que se desarrolla el proceso
- El embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y con mucha frecuencia no los pueden retomar luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de instrucción educativa.

RECOMENDACIONES

- Es indispensable la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, médicos generales y sexólogos, además de una capacitación especial a los profesores y todos los círculos referenciales del adolescente gestante.
- Continuar investigando el tema no solo en las adolescentes del proyecto de la casa Metropolitana de las juventudes sino que también de todas las madres que acudan a las casas asistenciales de salud a nivel Gubernamental y Privado tomando en cuenta las diferencias de instrucción educativa y nivel socio económico.
- Diseñar metodologías donde se puedan crear una verdadera conciencia en lo que se refiere a embarazo precoz con acciones preventivas y con un tratamiento efectivo a la problemática social, teniendo evaluaciones periódicas del avance de las mismas.
- Incentivar a los estudiantes que inicien procesos investigativos relacionados con el tema planteado sin necesidad de darles una calificación o gratificación alguna más que el interés por el conocimiento y aportes valiosos a la ciencia.
- Apoyar debates educativos sobre temas de sexualidad y planificación familiar entre varios colegios, incentivando una capacitación general con términos que se manejen a nivel de los adolescentes asegurando un aprendizaje, fijación e interiorización.
- Generar capacitaciones y talleres a los padres, orientándolos e incentivándolos a iniciar un conversatorio a nivel familiar de cómo deberían llevar y respetar su cuerpo frente a sus amigos y en una relación personal.

C. Referencias Bibliográficas

Tangibles

Hernández, R. Fernández, Carlos. Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. págs. 90 - 358

Merani L, Alberto. (1992). Enciclopedia de Psicología, Diccionario de Psicología. México D.F, Barcelona, Buenos Aires 1992, Segunda edición.

López, Juan y Comité Elaborador (2001). DSM IV-TR. Barcelona: Editorial Masson. Págs. 478, 490, 500, 509, 528, 533

David A. Clark. Aarón T. Beck. (Año) Terapia Cognitiva Para Trastornos De Ansiedad Ciencia Y Practica Biblioteca De Psicología. Editorial, paginas

Ellis, A. (1994). Reason and Emotion in Psycoterapy. págs. 20-25 y cap.3

Papalia, D. Olds, S. & Feldman, R. (1998). Psicología del Desarrollo 8° edición. Págs. 360 -366

Latorre, Andrea. (2001). “Estudio de la manifestación de síntomas depresivos en las madres adolescentes de 13 a 19 años de edad y su influencia en el vínculo afectivo con el recién nacido”. Págs. 14, 19, 21, 23, 26, 27, 30, 61.

Romero, Zully. (2011). “Estudio de la manifestación de síntomas depresivos en las madres adolescentes de 13 a 19 años de edad y su influencia en el vínculo afectivo con el recién nacido”. Págs. 53,54.

CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator

Martínez, Gederlini, Ibacache y Valderrama. (2009). Pág. 6

Virtuales

Gutiérrez, Mara. (2009) "COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES CIPEA" Recuperado de:

<http://www.planandinopea.org/sites/default/files/Informe%20CIPEA%20Version%20final%200610.pdf>

Diario el Hoy, (2010). Publicado el 2 de noviembre. "El 10% de las madres del país son adolescentes".

Recuperado de: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-10-de-madres-del-pais-es-adolescente-439544.html>

Diario el Universo. (2012). 23 de febrero, "Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente" Recuperado de: <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>

Diario el Hoy, (2010). Publicado el 2 de noviembre. "Embarazos de niñas sube al 74% y ubica al Ecuador primero en la región Andina". Recuperado de: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>

Bolyn. Michelle, (2003). "Acerca de las Madres adolescentes y la depresión". Recuperado de:

http://www.ehowenespanol.com/acerca-madres-adolescentes-depresion-sobre_163786/

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, (2012). "Cuando los Niños tienen niños".

Recuperado de:

http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/When_Children_Have_Children_31.aspx

Wormald, Francisca. Carvajal. Jorge Red Salud UC. "Depresión en el embarazo". Recuperado de:

<http://www.facemama.com/embarazo/depresion-durante-el-embarazo.html>

Anexos

Anexo 1 Plan de Investigación



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**EMBARAZO EN ADOLESCENCIA Y SUS CONSECUENCIAS
PSICOSOCIALES**

AUTOR: ANDREA SOLEDAD ÁVILA ROMERO

TUTOR: DR. OSWALDO MONTENEGRO

2012 – 2013

TÍTULO

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole - Isis?

1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad que se presenta en el primer trimestre de embarazo?
- ¿Cuáles son los síntomas más sobresalientes de la depresión en las adolescentes del Proyecto Especial Adole - Isis?
- ¿Cómo afecta emocionalmente el abandono social y familiar a las adolescentes embarazadas?

2. OBJETIVOS

- General:

Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis

- Específicos:

- ✓ Establecer los niveles de ansiedad que se presenta en el primer trimestre de embarazo
- ✓ Conocer los síntomas más sobresalientes de la depresión en las adolescentes del Proyecto Especial Adole – Isis
- ✓ Determinar cómo afecta emocionalmente el abandono social y familiar a las adolescentes embarazadas

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio de este problema de investigación es importante en este país ya que Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos divulgados por el Gobierno, que ha lanzado una campaña para reducir esa cifra en una cuarta parte en dos años.

En el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños. (Diario el Universo febrero del 2012)

“El Ecuador es el segundo país a nivel mundial en el embarazo de adolescentes el tema se centrará en la reducción de niveles de ansiedad y depresión para mejorar el estilo de vida de las futuras madres y procurar que los niños/as nazcan sin enfermedades que puedan condicionar su desarrollo o retrasar su crecimiento”

El apoyo social es fundamental en el embarazo, las emociones son un elemento esencial una depresión hasta distimia puede afectar la salud del feto, si existe un abandono por parte de los padres pueden elevarse los niveles de suicidios en el mundo

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

“Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como *"hija-madre"*, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron”.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.”

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del *"abuso sexual"*, en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA) ubica al Ecuador como el país andino con mayor fecundidad adolescente (oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres).

El Proyecto Especial Adole – Isis trabaja desde espacios no curriculares, donde participen activamente de la información, educación y capacitación, para que reflexionen y analicen en la toma de decisiones, al iniciar una vida sexual activa y asuman la responsabilidad de su sexualidad.

Algunas de las causas del problema a investigar son el inicio de la sexualidad a temprana edad, exceso de información sobre métodos anticonceptivos sin saber cómo encontrarlos sin ser juzgados, inseguridad, baja autoestima, falta de comunicación con sus padres o provenir de hogares disfuncionales y estar bajo los efectos de alcohol o drogas; siendo las consecuencias las siguientes: deserción escolar, nacimientos de niños prematuros, malformaciones congénitas, rechazo de familia y amigos además de riesgos de suicidio, tensiones e incertidumbre por presión social.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

La delimitación del problema será el Proyecto Especial Adole – Isis durante el año lectivo 2012-2013 con las jóvenes comprendidas en edades de entre 12 a 18 años.

4. MARCO TEÓRICO

Sumario

CAPITULO I: Ansiedad

- 1.1. Definición
- 1.2. Clasificación de Trastornos de Ansiedad (DSM – IV)
 - 1.2.1. Crisis de Angustia
 - 1.2.2. Trastorno de angustia con Agorafobia
 - 1.2.3. Fobia Específica
 - 1.2.4. Fobia Social
 - 1.2.5. Trastorno por Estrés Agudo
 - 1.2.6. Trastorno de Ansiedad Generalizada
 - 1.2.7. Trastorno de Ansiedad no Especificada
- 1.3. Epidemiología
- 1.4. Niveles de Ansiedad
- 1.5. Diferencia entre Ansiedad normal y Patológica
- 1.6. Etiología

CAPITULO II: Depresión

- 2.1. Definición.
- 2.2. Aspectos clínicos de la depresión
 - 2.2.1. Cambios en el Estado de Ánimo
 - 2.2.2. Cambios Intelectuales
 - 2.2.3. Cambios en el Comportamiento
 - 2.2.4. Cambios Somáticos
 - 2.2.5. Biología de la Depresión
 - 2.2.6. Factores Genéticos
 - 2.2.7. Factores Hormonales
 - 2.2.8. Neurotransmisores
- 2.3. Tipos de Depresión
 - 2.3.1. Trastorno Depresivo Mayor
 - 2.3.2. Trastorno Adaptativo con estado de ánimo deprimido
 - 2.3.3. Trastorno Depresivo no Especificado
- 2.4. Depresión en el Embarazo
 - 2.4.1. Respuestas Emocionales al Embarazo
 - 2.4.2. Reacciones emocionales frecuentes en el Embarazo
- 2.5. Epidemiología de adolescentes Embarazadas
- 2.6. Farmacología en el Embarazo

CAPITULO III: Embarazo Adolescente

- 3.1. Definición
- 3.2. Adolescencia Temprana
- 3.3. Adolescencia Media
- 3.4. Adolescencia Tardía
- 3.5. Cambios Físicos
- 3.6. Características Sexuales Secundarias
 - 3.6.1. Menarquia
 - 3.6.2. Etapas de la Pubertad
 - 3.6.3. Características Propias de la Adolescencia
- 3.7. Desarrollo Integral del Adolescente
 - 3.6.1. Desarrollo Afectivo
 - 3.6.2. Desarrollo Social
- 3.8. Sexualidad en el Adolescente
- 3.9. Embarazo Adolescente
 - 3.9.1. Impactos en la Maternidad Adolescente
 - 3.9.2. Embarazos Precoces
 - 3.9.3. Partos Conflictivos

Posicionamiento Teórico

ANSIEDAD: La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. No es una emoción negativa en sí misma. Hay una ansiedad sana que nos permite preservar la vida y protege la obtención de nuestros deseos. Es una emoción que nos pone alerta, genera que estemos más atentos a las posibles complicaciones (Albert Ellis)

DEPRESIÓN: Es un trastorno del humor, la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas (CIE 10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DSM IV Revisado
- CIE 10
- [Http://www.depression-guide.com/lang/es/hypomania.htm](http://www.depression-guide.com/lang/es/hypomania.htm)

5. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo

6. TIPO E INVESTIGACIÓN

Correlacional

7. HIPÓTESIS

- La ansiedad patológica siempre se va a presentar en el primer trimestre de embarazo
- Los síntomas cognitivos prevalecen en los síntomas afectivos en las adolescentes embarazadas.
- Las fluctuaciones del estado de ánimo entre euforia y depresión son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes embarazadas

8. MATRIZ DE VARIABLES

La ansiedad patológica siempre se va a presentar en el primer trimestre de embarazo

VI

Los niveles de ansiedad se pueden definir como estados desagradables en la que hay sensaciones de peligro caracterizado por malestar tensión o aprensión. En algunos casos puede comenzar en forma abrupta y aumentan rápidamente hasta llegar a un nivel máximo Usualmente en diez Minutos

(Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos)

Definición Operacional

Categoría	Indicadores	Medida	Instrumento
➤ Cognitivo subjetivo	Preocupación, Temor, Inseguridad, Dificultad para decidir, Miedo, Pensamientos negativos, Temor a la pérdida del control, Dificultades para pensar, El estudiar	<i>Puntuación total de 0-22 puntos</i>	
➤ Fisiológico	Sudoración, Tensión, muscular palpitaciones, Taquicardia,	<i>Puntuación total de 22-44 puntos</i>	Test de ansiedad de Hamilton

➤ Motor u Observable	Temblor, Molestias en el estómago, Dificultades respiratorias, Sequedad de boca, Dificultades para tragar, Dolores de cabeza Mareos, Náuseas.	<i>Puntuación total de 44-66 puntos</i>	
	Fumar comer o beber en exceso, Intranquilidad motora, Movimientos repetitivos, Rascarse, Tocarse, Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, Tartamudear, Llorar, Quedarse paralizado	<i>Puntuación total de 66-88 puntos</i>	

Los síntomas cognitivos de la depresión prevalecen Sobre los síntomas afectivos en las adolescentes embarazadas.

Esquemas formados durante la depresión sobre las formas de percibir la realidad incluyendo creencias, siendo predominantes favoreciendo la percepción y afectando la memoria atención, función ejecutiva y concentración “Elia Roca: www.cop.es/colegiados/PV00520/	La afectividad es entendida como la manera en que el hombre se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Cada hombre, dependiendo de de sus intereses específicos, que a su vez le mueven a la acción, se siente afectado de distinta manera por los acontecimientos que le acaecen a lo largo de su vida; por lo tanto son esas “motivaciones” las que nos hacen sentirnos afectados de distinta forma; y esas motivaciones, no son otra cosa que los instintos biológicos de cada uno. BioPsicologia.net
---	--

Definición Operacional

Categoría	Indicadores	Medida	Instrumento
Afectivo	Tristeza patológica, Desgano, Alteraciones Somáticas, Pérdida del placer, Culpa excesiva, Apatía y desinterés Cambio de estado de ánimo, Aislamiento	No depresión: 0-5 puntos Depresión leve: 6-15 puntos Depresión moderada: 16-25 puntos	Cuestionario
Cognitivo	Alteración del pensamiento, Pensamiento Suicida, Abandono de Proyectos, Falta de Concentración,	Depresión grave: > 26 puntos	

VI

Las fluctuaciones del estado de ánimo entre euforia y depresión son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes embarazadas

VD

Estos conceptos son, sin embargo, muy difíciles de formular de forma científicamente precisa y cuantificable; el reto es mayor dada las diferencias culturales que están asociadas con la expresión del estado de ánimo. A su vez, los trastornos que tienen impacto sobre la regulación del estado de ánimo son relativamente difíciles de definir y de enfocar de una forma cuantitativa. Sin embargo, la disregulación y la expresión del estado de ánimo, humor, o afecto, representan una categoría principal entre los trastornos mentales.

Abandono social es el descuido o despreocupación de algún familiar y o persona allegada, se considera como una forma de maltrato en el embarazo causa afectación psicológica y fisiológica

“Las alteraciones del estado de ánimo se manifiestan de forma característica como un sentimiento mantenido de tristeza o de estado de ánimo exaltado”

Autor: Dr. Salvador Giménez - 5 de Abril 2001

Definición Operacional

Categoría	Indicadores	Medida	Instrumento
Depresión	Tristeza, Desesperación, Torpeza motora, Sentimientos de		Entrevista

Manía	soledad, Anticipación de un futuro negativo,	Frecuente () Ocasional () Ausente ()	
Angustia	Alegría desmesurada, estado de ánimo: Eufórico, Optimista, Miedo a lo desconocido, Ansiedad, Ideas delirantes.		
Abandono Social	Muy poco o demasiado sueño, Energía baja o fatiga, Baja autoestima, Inapetencia o comer en exceso, Baja concentración.	Preguntas Abiertas	
hipomanía	Estados de ánimo exaltados no llegan a ser maníacos, pero que sí provocan cuadros de irritabilidad y actitudes compulsivas leves.		

9. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

9.1 Población y muestra

9.1.1 Características de la población o muestra

65 Adolescentes de entre 12 a 18 años embarazadas en riesgos y en situaciones de abandono social y familiar.

9.1.2. Diseño de la muestra

La muestra será probabilística

9.1.3. Tamaño de la muestra

$$n = \frac{NO^2Z^2}{(n-1)E^2 + O^2 + Z^2}$$
$$n = \frac{0,9604N}{(n-1)0.0036 + 0.964}$$
$$n = \frac{0.9604 \times 65}{64 \times 0.0036 + 0.9604}$$
$$n = 52$$

10. METODOS , TECNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

10.1. Métodos

Método Científico
Método Clínico

10.2. Técnicas

- Técnica de Observación
- Técnica de Entrevista
- Técnica Psicométrica

10.3. Instrumentos

- Test de Hamilton
- Test de Beck
- Test psicológico para ansiedad
- Prueba de ansiedad
- Test de ansiedad (cuestionario de GADI)

11. FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

- Sensibilización o Inducción
- Preparación y reproducción de los instrumentos de recopilación de información
- Recavación de datos o información
- Analizar Datos
- Tabulación de datos

12. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Resultados según variables

Presencia de ansiedad menor durante el primer trimestre

Resultados según variables

Se visualiza que los síntomas cognitivos hacen sinergia con los síntomas emocionales.

Resultados Según Variables

A pesar que la distimia se presenta en la edad adulta puede ser desencadenada de un evento depresivo aislado y asociado a acontecimientos conflictivos, no se han presenciado síntomas más que de depresión profunda.

13. RESPONSABLES

- Andrea Ávila – investigador
- Dr. Oswaldo Montenegro Tutor de Investigación

14. RECURSOS

14.1. Recursos Materiales

Materiales	Costo unitario	Costo Total
Test de Hamilton	0,15 ctvs.	\$ 9
Test de Beck	0,20 ctvs.	\$ 12
Test psicológico para ansiedad	0,15 ctvs.	\$ 9
Prueba de ansiedad	0, 15 ctvs.	\$ 9
Test de ansiedad (cuestionario de GADI)	0,10 ctvs.	\$ 6
Financieros		
Alimentación	\$ 1.50	\$ 60
transporte	\$ 2.00	\$ 200

14.2. Recursos Tecnológicos

Materiales	Costo Unitario	Costo Total
CD	0,50 ctvs.	\$ 2
Alquiler del internet	0,30 ctvs.	\$ 12

14. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Actividad	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre
diseño del proyecto													
presentación y aplicación													
elaboración del marco teórico													
preparación y reproducción de los instrumentos													

aplicación de los instrumentos													
análisis de estadísticas													
preparación del reporte													
presentación del reporte													
aprobación y sorteo de la fecha													

15. BIBLIOGRAFIA.

- DSM IV REVISADO
- CIE 10
- Trastorno Bipolar al descubierto Aprenda a ser Feliz “José L. Gonzales
- <http://www.depression-guide.com/lang/es/hypomania.htm>

.....

Estudiante

Andrea Ávila

.....

Supervisor de Investigación

Dr. Oswaldo Montenegro

Anexo 2 Glosario Técnico.

A

Abulia: carencia, apatía y falta de fuerza de voluntad que incluye incapacidad para tomar iniciativas propias.

Adolescencia: es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Afectividad: conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Agorafobia: Fobia a los lugares abiertos o muy concurridos.

Amenorrea: ausencia o cesación de los periodos menstruales

Ambivalencia: conflicto motivacional que se produce cuando el sujeto es simultáneamente atraído y repelido por la misma meta o deseo.

Anhedonia: es la incapacidad para expresar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión.

Angustia: un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimos de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de esta.

Ataque de Ansiedad: un episodio de ansiedad extrema y muy molesta. Formas agudas de ataques de ansiedad son llamadas ataques de pánico.

Atención: capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

C

Carencia Afectiva: privación de la presencia de la madre o de un sustituto materno satisfactorio durante varios meses.

Ciclotimia: alternancia periódica de fases de depresión con fases de manía

Cognición: procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.

Crisis de angustia: Consiste en la aparición repentina de la ansiedad en su máxima intensidad. La típica crisis se presenta generalmente de modo repentino, sin síntomas previos de aviso. Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar. Se acompaña de síntomas corporales de pánico: taquicardia, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas o molestias abdominales, mareo, desmayo o aturdimiento, palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir.

D

Desarrollo psicosexual. Combinación de la maduración biológica y aprendizaje que genera cambios tanto en la conducta sexual como en la personalidad, desde la infancia hasta la edad adulta y a lo largo de esta última.

Desarrollo psicosocial. Crecimiento de la personalidad de un sujeto en relación con los demás y en su condición de miembro de una sociedad, desde la infancia y a lo largo de su vida.

Depresión: la depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Supone una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria, y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Aparece con más frecuencia en mujeres, y en personas menores de 45 años. Encontrarse en un momento determinado más triste o con el estado de ánimo más bajo no es suficiente para un diagnóstico de depresión. Para eso, es preciso que la intensidad de los síntomas, su duración (al menos, 2 semanas) y la incapacidad que generan, sean de una entidad suficiente como para afectar el normal o adecuado funcionamiento de la persona.

Distimia: (También llamada trastorno Distímico.) clasificada como un tipo de trastorno afectivo (o del estado de ánimo) que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Además, las personas que tienen distimia también pueden experimentar, a veces, episodios de depresión grave.

E

Emoción: estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

Epidemiología: estudio de la ocurrencia y distribución de un trastorno dentro de determinada población. Su objetivo es el conocimiento del riesgo y la etiología.

Etapla embrionaria: etapa del desarrollo prenatal que va de las 2 semanas hasta las 8 ó 12 semanas, es la segunda etapa de gestación donde parte de las células de la blástula dan origen a la placenta, puente vital entre el embrión y la madre. También se forma el amnios. A un lado de la blástula se forman las tres capas fundamentales: endodermo, mesodermo y ectodermo, de donde se desarrollarán los principales sistemas corporales y los órganos. Hay un rápido desarrollo y crecimiento es una etapa de gran vulnerabilidad para el embrión.

Euforia: estado de excitación psíquica que se acompaña de un alto tono afectivo.

Embarazo: Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Embrión: Durante las ocho primeras semanas posteriores a la concepción, el feto se denomina embrión.

F

Fobia: Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

I

Ilusión. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, por ejemplo, escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces.

Influencia Social: conjunto de impresiones y de cambios que la vida social o las relaciones con los demás producen sobre los individuos o los grupos, sean o no conscientes de ello.

Insomnio. Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño.

Intimidad. Según el análisis transaccional, la intimidad es un estado de proximidad emocional a otra persona, caracterizado por la ausencia de manipulación y la presencia de una comunicación auténtica.

M

Manía: enfermedad del estado de ánimo caracterizada por una hiperactividad psíquica y un fondo de alegría, de euforia y actividad frenética, que no tienen motivación real alguna.

Memoria: Capacidad mental de conservar y evocar cuanto se ha vivido. Fenómeno psíquico muy complejo en el que entran en juego el psiquismo elemental (rastros que las sensaciones dejan en el tejido nervioso), la actividad nerviosa superior (creación de nuevas conexiones nerviosas por repetición, es decir, reflejos condicionados) y el sistema conceptual o inteligencia propiamente dicha. Actividad específicamente humana en cuanto comporta el reconocimiento de la imagen pasada como pasada.

Menarquia: Aparición de la primera menstruación.

Menstruación: Proceso mensual (excepto durante el embarazo) que consiste en la secreción de un fluido sanguinolento que proviene del útero y sale a través de la vagina; la secreción contiene tejido que se desprende del endometrio (revestimiento del útero) durante el ciclo reproductor.

N

Neurotransmisor: Es un "mensajero" químico que permite que una neurona excite o inhiba la despolarización (o sea, la "descarga") de otra neurona adyacente a ella.

O

Olvido. Incapacidad del individuo para rememorar un fragmento de información que está seguro que existe en su memoria.

P

Pánico. Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional.

Privación afectiva. Carencia de una relación satisfactoria y duradera con una o más personas. Es muy negativa para el desarrollo normal emotivo e intelectual del niño.

Parto: Salida del feto del cuerpo materno y que da por finalizada la situación de embarazo de una mujer.

Pubertad: origen en el término latino pubertas, la pubertad es la primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.

S

Sensibilidad materna: es una habilidad de las madres y Los padres para detectar las señales de stress (y positivas) de los bebés, saber qué implican esas señales, regular/calmar/protegerlas adecuadamente, y actuar de manera rápida frente a las mismas. Por ejemplo, saber detectar el llanto del bebé, conocer qué es un llanto de hambre, calmar ese llanto, y calmarlo lo más rápido posible. Diversos estudios realizados durante los últimos 25 años han demostrado que los Padres que suelen desarrollar esta habilidad forman un apego seguro con sus hijos, y éstos desarrollan capacidades personales y sociales positivas en sus vidas.

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

T

Temperamento: Es la conformación reactiva de un individuo, el aspecto espontáneo de su personalidad.

Procede de la combinación de disposiciones características emanadas de sus apetitos, emociones y estados de ánimo.

Timidez: Tendencia por parte de la persona a sentirse incómodo, inhibido, torpe y muy consciente de sí mismo en presencia de otras personas. Esto produce incapacidad para participar en la vida social, aunque se desee hacerlo y se sepa cómo.

Testosterona: hormona que producen los testículos y cuya función es el desarrollo de las glándulas genitales y el mantenimiento de los caracteres secundarios del varón.

U

Útero: (También llamado matriz.) - el útero es un órgano hueco, en forma de pera, ubicado en la parte inferior del abdomen de las mujeres, entre la vejiga y el recto; cada mes, durante la menstruación, se elimina el tejido que recubre su interior. Cuando un óvulo es fertilizado, se implanta en el útero, donde luego se desarrolla el feto.

Anexo 3 Test de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

12. <i>Síntomas genitourinarios.</i> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas autónomos.</i> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</i> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 4 Cuestionario Depresión

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Como estudiante de la Universidad Central del Ecuador estoy trabajando en una investigación sobre Ansiedad y Depresión en adolescentes embarazadas que se encuentran en el primer periodo de embarazo

Instrucciones:

- Marca con claridad y con la mayor sinceridad posible la opción elegida ya sea una X o un J
- Si no puedes contestar una pregunta por favor pide explicación
- Recuerda no hay respuestas incorrectas o correctas estas solo reflejan tu sentir durante este periodo.

De antemano muchas gracias por tu colaboración

	Preguntas	Ausente	Leve	Moderado	Incapacitante
1	Te has sentido irritable o muy preocupada ante cualquier situación				
2	Has experimentado temblores, lloras con facilidad, no puedes relajarte, tienes movimientos repetitivos, sudas o te mareas mucho				
3	Sientes miedo a las multitudes, tráfico, la oscuridad o a la gente desconocida				
4	Presentas dificultad para dormir, cansancio al despertar o te despiertas con facilidad en medio de la noche				
5	Experimentas cambios de humor durante el día, las actividades que antes disfrutabas ya no te causan diversión alguna				
6	Has sentido dolores y molestias musculares, voz temblorosa o sacudidas repentinas				
7	Últimamente has experimentado visión borrosa, escalofríos, te has sentido débil o con escalofríos				
8	Al momento presentas palpitaciones, dolor de pecho o has sentido que te vas a desmayar				
9	Recientemente has sentido sensación de ahogo, te falta el aire o suspiras mucho				
10	Posees dificultad para tragar, dolor antes o después de comer, vomito, diarrea, estreñimiento, pérdida de peso o gases				
11	Has notado la boca seca o pálida, sudas mucho, te duele la cabeza o con los pelos de punta				
12	Tienes sensación de no poder estar quieta con muchas ansias de comer o beber en exceso				

Anexo 5 Entrevista

ENTREVISTA

Nombre:

Edad:

1. ¿Te has sentido sola últimamente?
2. ¿Sientes que hablas mucho más de lo que generalmente lo hacías?
Frecuente () Ocasional () Ausente ()
3. ¿Las actividades que antes disfrutabas ahora sientes que ya no tienes la misma vitalidad?
4. ¿Tu autoestima ahora está mucho más elevada; sientes que solo puedes salir adelante y no necesitas de nadie más?
Frecuente () Ocasional () Ausente ()
5. ¿Has notado una disminución del sueño, muy pocas ganas de socializar?
Frecuente () Ocasional () Ausente ()
6. ¿Sientes que alguien te sigue o muy observada que preferirías quedarte en casa?
Frecuente () Ocasional () Ausente ()
7. ¿Tu carácter ha cambiado, estas cómoda sola pero necesitas sentirte apoyada?
8. ¿sin importar las cosas malas que te han pasado tu felicidad y optimismo son muy elevadas que no las puedes expresar?
Frecuente () Ocasional () Ausente ()
9. ¿Extrañas mucho a tus amigos pero sabes que te hacen daño?
10. ¿Te has sentido con mucha felicidad y la única manera de desahogarte es golpeando objetos o personas?
Frecuente () Ocasional () Ausente ()
11. ¿Has pensado como vas a salir adelante?